

Lezione di Odontostomatologia del 26/2/2014 (1)

Sbobinatore: Caravati Andrea. Revisore: Mantovani Alessio.

Argomento: Lezione introduttiva di Chirurgia Maxillo-Facciale.

Professore: .

Lezione di Chirurgia Maxillo-Facciale del 26/2/2014

**Sbobinatore: Andrea
Caravati**

Prof. Nocini

Revisore: Alessio Mantovani

[La lezione non ha particolare utilità, ho cercato di inserire i concetti che sono stati espressi a lezione ed alcune nozioni storiche che sono state trattate; ho invece tagliato tutte le parti superflue (molte) in cui vengono raccontate vicissitudini di interventi oppure spot di tecniche chirurgiche che, isolatamente, avevano poco significato].

Modalità d'esame

L'esame verrà fatto a quiz: sono 30 quiz più altre tre domande per chi volesse la lode. Ci sarà una brochure, che vi daremo, riguardo i vari argomenti che tratteremo durante il corso. Chi vuole fare l'esame orale può farlo. [polemica sul fatto che l'esame sia scritto e non orale].

[Molte volte io chiedo la possibilità, per chi fosse interessato, di poter avere la possibilità di approfondire una materia come la chirurgia maxillo-facciale, che molti non sanno cos'è.]

[Polemiche sul fatto di fare l'esame al 4° anno.]

Introduzione alla chirurgia maxillo-facciale

Come prima lezione cerchiamo di vedere alcuni aspetti della chirurgia maxillo-facciale, che cos'è e cosa tratta. Al 99% la chirurgia maxillo-facciale è una materia chirurgica superspecialistica che, quand'è nata nel 1980, si diceva essere una materia di nicchia. Se farete il dermatologo, l'otorino, l'oculista o il neurochirurgo studierete materie affini. Già qui comprendete il fatto che il chirurgo maxillo-facciale non è più quello che "segue i denti". È comunque importante che l'odontoiatra veda delle cose, per poi passarci il testimone se vede qualcosa che non funziona nel cavo orale. Perciò tutta la patologia del cavo orale non vi è dubbio che la veda per primo l'odontoiatra, il quale

invierà il paziente dal medico di base, il quale a sua volta dovrà inviare il paziente alla giusta direzione.

Il professore sottolinea, riportando un caso di neoplasia della lingua, l'impatto estetico e sociale delle patologie di pertinenza del distretto testa-collo.

Cenni storici

In Italia la chirurgia maxillo-facciale è nata nel 1980 ma già nelle mummie egizie [vi erano segni dei primi interventi chirurgici, come ad esempio la *trapanazione del cranio, che era eseguita abitualmente, fonte Wikipedia, ndr*].

Anche di Cangrande della Scala, morto giovanissimo perché ucciso dai suoi (?) per favorire il fratello, non si sapeva come fosse la sua faccia perché nelle sue rappresentazioni e sculture ha sempre una faccia da bambino, anche sotto all'elmo. [Riguardo al caso di Cangrande] Peter Vanezis, studioso di Londra che ha eseguito l'autopsia di Lady Diana, persona molto famosa per queste ricerche, ha ricevuto un incarico per scoprire come fosse il volto di Cangrande: l'unica possibilità era portare la "mummia" di Cangrande a fare una TAC. Allora si è capito qual era il suo problema, aveva una *long face*, di dimensioni veramente importanti ed una mandibola gigantesca.

Quindi, un'altra funzione della chirurgia maxillo-facciale è quella di cercare di ricostruire il volto dei cadaveri che vengono trovati già in stato di decomposizione [frase rielaborata].

In una mummia egizia si son trovati i primi tipi di osteotomie; probabilmente una diagnosi a posteriori, che non verrà mai confermata, potrebbe essere quella di una patologia tiroidea con una enorme disfunzione e crescita del bulbo oculare [esoftalmo, ndr]. Come si fa a dire questo? Ci sono osteotomie sui bordi dell'orbita. Lavorando con i clinici endocrinologi, quando un farmaco non funziona, si decide di eseguire una decompressione dell'orbita creando dei buchi nel cono orbitario per poter adagiare l'occhio e farlo rientrare nella cavità orbitaria normale, perché altrimenti va incontro a gravi cheratocongiuntiviti e altre problematiche.

Negli antichi greci l'arte nobile era il pugilato, quindi anche lì la traumatologia facciale era ben rappresentata e, in qualche modo, riuscivano ad aggiustare le fratture.

Leonardo da Vinci ha cominciato a studiare l'autarchia cefalica, la composizione del cranio, come potevano essere i diversi tipi di malformazioni che, purtroppo, una volta erano di più. Ad oggi, essendoci meno nascite e con la possibilità della interruzione volontaria di gravidanza, la possibilità di vedere malformazioni è ridotta, anche se le patologie malformative sono comunque tante.

I tedeschi arrivano sempre molto al sodo e, in una di queste immagini, [mostra una slide] si vede una delle prime trapanazioni del cranio a paziente semi-sveglio. Ho inserito quest'immagine perché oggi la neurochirurgia sta cercando il più possibile di poter operare i pazienti con minor sedazione e narcosi, moltissime volte a paziente quasi sveglio. Si utilizza il navigatore per poter valutare i centri che vengono colpiti, in particolar modo nelle patologie neoplastiche, perché i normali centri vengono sovvertiti, per questo il navigatore guida il chirurgo. Questo concetto era già partito centinaia di anni fa dai tedeschi.

Gli inglesi hanno pubblicato il primo caso di trapianto di dente da paziente vivo a paziente vivo, però sono stati i francesi ad eseguirlo per primi nell'epoca napoleonica. Bonaparte ha creato la

mutua per i soldati e l'ospedale dei soldati; in questo contesto quando gli ufficiali, in combattimento, avevano una perdita di elementi dentari, veniva pagato un soldato che poteva, in questo modo, "donare" i denti all'ufficiale. I denti venivano legati con filamenti d'oro perché questo è uno dei materiali più biocompatibili.

Le Fort, francese, ha avuto dei processi molto importanti nella sua vita, in quanto medico legale. Egli subì alcuni processi proprio perché, per descrivere Le Fort 1, 2 e 3, che tutt'ora sono attualissime come tecniche chirurgiche di valutazione, utilizzava una "mazza da baseball" che picchiava contro il cranio del cadavere. Quindi "scuoiva" il cadavere e, a seconda del peso e della velocità [della randellata, ndr], studiava la forza d'urto e i danni che provocava. Questo avveniva agli inizi del '900, dove venne preso per uno psichiatrico, maniaco etc. Nella realtà, ciò che ha descritto, attualmente e lo sarà anche in futuro, è stata la strada più corretta per poter correggere le malformazioni cranio-facciali, per correggere e riportare i gradi di trauma facciale e poter conoscere i pilastri portanti per ricostruire il viso di un paziente. Ha quindi descritto l'importanza dei pilastri nasali e zigomatici dove, moltissime volte, anche con traumi molto forti non vi era un distacco. Quindi ha descritto Le Fort 1: fratture sopra i denti con distacco cranio-facciale basso; Le Fort 2 con distacco naso-maxillo-facciale; Le Fort 3 con distacco orbito-naso-maxillo-facciale, con problemi di diplopia e il più "banale" che è l'emorragia, talvolta molto grave, perché il paziente può andare incontro a decesso per cui devono essere chiuse le carotidi esterne.

A livello mandibolare si trovano diversi punti dove, con l'odontoiatra, ci si accorda per poter ricostruire. Perciò, in un grande trauma o in un paziente oncologico, noi dobbiamo garantire il sorriso al paziente. A volte si dovrebbe richiedere anche un supporto psicologico; è successo infatti che alcune persone si siano anche suicidate.

La cosa più complessa dei traumi della mandibola è l'articolazione [temporomandibolare, ndr], perché nel giovane è un punto di crescita del viso, perciò nel trauma del soggetto giovane si possono causare delle malformazioni post-traumatiche. L'incidente più semplice è l'incidente sciistico di bambini che, scendendo i gradini [non ho idea di quali gradini, ndr], scivolano e sbattono per terra con la mandibola. Quando farete i medici ricordatevi che una cicatrice sotto al mento, generalmente, al 100% porta ad una patologia articolare disfunzionale senza fratture, al 70% porta invece ad una frattura del corpo condilare che, se non diagnosticata correttamente, può determinare un accrescimento scorretto del centro di crescita, creando una malocclusione o una malformazione dento-scheletrica post traumatica.

Il grande sviluppo [della chirurgia maxillo-facciale, ndr] è avvenuto con la Seconda Guerra Mondiale, prima di questa i pazienti venivano trattati dal chirurgo generale, quindi trattati in modo grossolano. Il concetto di ricostruzione di un viso e della sua funzione è nato proprio in questo contesto, anche perché il danno balistico al viso è, ancora oggi, una causa importante di danno funzionale ed estetico molto grave al viso.

[Nell'immagine viene mostrata] una ricostruzione di una parte cutanea, eseguita con un lembo di avambraccio, da parte di Tagliacozzi (chirurgo plastico di Bologna) per la ricostruzione di un naso. Egli fu, all'epoca, una persona geniale che ha introdotto la possibilità di poter ricostruire il naso.

Ci sono poi alcuni caschetti che venivano usati per poter ricostruire anche la parte cranica, eseguendo un'incisione sullo scalpo, potendo spostare posteriormente lo scalpo ed eseguire un degloving del viso che in seguito viene riportato sopra.

Vi sono nell'immagine alcuni personaggi:

- William Bell di Dallas, che ha studiato tutte le malformazioni dei bambini, come la labiopalatoschisi, malformazioni dento-scheletriche;
- Hugo Obwegeser di Zurigo;
- Paul Tessier, che ha studiato le malformazioni dell'orbita e della teca cranica anteriore;
- Fernando Ortiz Monasterio, di Città del Messico, è la persona più vicina a noi come modo di fare, ingegno e velocità di esecuzione ed ha descritto la LeFort 4; egli ha seguito moltissimo i bambini con le schisi, in quanto in Messico sono molto frequenti.

[divagazioni inutili]

Esempi di interventi chirurgici

[Mostra un'immagine di un paziente con una neoplasia del cavo orale, sottolineando l'importanza della cooperazione tra chirurgo maxillo-facciale ed odontoiatra, chirurgo plastico, medico di base, otorino etc.; seguono altre immagini con neoplasie, malformazioni o traumi facciali in cui viene espresso lo stesso concetto].

Nella traumatologia malformativa preprotetica maggiore, cioè dove dopo il trauma viene a mancare l'osso e si ha perdita di tutti i denti, il chirurgo deve ricostruire l'anatomia ossea e l'odontoiatra deve poi eseguire la chirurgia implantare e mettere i denti per ricreare il sorriso a questo paziente.

Il prof sottolinea il ruolo, insieme funzionale ed estetico, della chirurgia maxillo-facciale.

[Fa riferimento ad un convegno mondiale sulla chirurgia del naso, svoltosi nel 2000 a Verona; mostra immagini della clinica].

Nella chirurgia maxillo-facciale c'è la possibilità di usare la microchirurgia.

Parla poi di una ricostruzione di mandibola utilizzando il perone in quanto osso accessorio della gamba.

[Immagine di ferita da taglio da vetro; immagini di traumi facciali da incidente stradale, mostra poi alcuni passaggi dell'intervento di ricostruzione, sottolineando l'importanza di conoscere l'anatomia per poi eseguire una ricostruzione corretta; gli errori di ricostruzione solitamente diventano evidenti quando scompare l'edema post traumatico e post intervento].

La porzione di cute e muscolo frontali viene chiamata lembo indiano, per il fatto che è nato in India poiché, nella tradizione, se la moglie "guardava" un altro uomo il marito le tagliava il naso. Per questo i chirurghi indiani hanno una grandissima manualità a ricostruire il naso con questa tecnica. Per la ricostruzione con questa tecnica serve comunque più di un intervento.

[altri aneddoti inutili]

Riporta il caso di un bambino, con malformazione congenita che impediva la corretta apertura delle vie aeree, costretto all'intubazione per sopravvivere, al quale è stato applicato un micro-distrattore (?) per ripristinare la normale anatomia della vie aeree superiori.

Who Cheng Wayn è il più grande maestro della chirurgia ricostruttiva.

[Altri nomi e aneddoti di famosi chirurghi maxillo-facciali; sottolinea che lo staff dello Sloan Kettering Cancer Centre, nel dipartimento di testa-collo è formato da indiani].

Il prof mostra l'immagine di un lembo di gamba, ripiegato e modellato con delle osteotomie, che verrà utilizzato per sostituire un osso mascellare, una padella ad isola cutanea che viene sistemata per ricostruire il naso e il palato. Mostra poi immagini dei risultati dell'intervento.

Mostra poi immagini dei risultati della terapia laser sulla gengiva ricostruita con la tecnica descritta sopra [da quello che ho capito la terapia laser serve per modificare l'epitelio di rivestimento, rendendolo più simile a quello fisiologico del cavo orale rispetto all'epitelio pavimentoso cheratinizzato di un lembo cutaneo, in particolare eliminando gli annessi piliferi NdR].

[Descrizione di immagini inerenti un intervento di asportazione di un carcinoma dei seni paranasali, con rovesciamento del naso]. In questo intervento è importante controllare i laghi venosi che possono dare sanguinamenti importanti, la vena giugulare e l'arteria carotide.

Il prof sostiene che il cancro abbia un odore molto particolare, che dal paziente può essere descritto come alitosi.

La prossima volta verranno trattati alcuni effetti dei farmaci somministrati a pazienti sani per problemi artrosici e osteoporosi, o in pazienti con metastasi da carcinoma della prostata o da carcinoma mammario, in quanto creano molti problemi al viso.

Lezione di Odontostomatologia del 5/3/2014 (1)

Sbobinatore: **Borghesani Anna**. *Revisore:* **Bordini Michele**.

Argomento: **Lesioni del cavo orale**.

Professore: .

Lezione del 05/03/2014

Professor Nocini

sbobinatore: Anna Borghesani

Revisore: Michele Bordini

-Premetto che, come sapete, il professore divaga molto. Tralascio quelle parti che non sono di alcun interesse didattico.-ndr

Prosegue dalla lezione della volta precedente.

Il professore accenna alla ricostruzione di un volto di una donna (di cui aveva sempre accennato nella lezione scorsa) con un triplo lembo.

Passa poi alla questione di alcuni pazienti con cancro del distretto testa collo, che non sono trattati correttamente. Il cancro del rino-faringe va trattato con radioterapia e chirurgia ablativa, non con chemioterapia, riservata ai casi in cui le suddette terapie non abbiano successo.

Per quanto concerne le restanti porzioni di testa-collo, i tumori si trattano esclusivamente con la rimozione chirurgica.

IL PROBLEMA DELL'OSTEONECROSI FARMACO INDOTTA (Ndr):

oggi vengono utilizzati farmaci molto potenti (i bisfosfonati Ndr) per il trattamento di gravi casi reumatologici di artrite, artrosi e osteoporosi, che hanno gravi effetti collaterali a carico soprattutto delle ossa mandibolare o mascellare (talvolta anche a livello delle ossa parietali e frontale). Gli effetti collaterali spesso si manifestano primariamente come infezioni dentarie recidivanti ed esitano in necrosi osteomidollare con perdita di integrità ossea

In caso di patologie della dentizione i pazienti devono sottoporsi ad estrazioni dentali precedentemente all'assunzione dei bisfosfonati ed essere seguiti da odontoiatri preparati (sono per questo farmaci da assumere solo se necessari. A breve dovrebbe essere immesso sul mercato farmaceutico un nuovo farmaco con meccanismo d'azione analogo a quello dei bisfosfonati, ma senza la grave azione patogenetica sulle ossa craniche. A tale scopo verrà organizzato dal professore un meeting informativo interdisciplinare.)

Il professore passa all'esempio di una donna, che è stata da lui operata per il danno osseo di tali farmaci e la cui mandibola è stata sostituita dai due peroni. L'operazione è riuscita molto bene e il professore mostra un video per dimostrare che la donna deambula correttamente nonostante le siano stati asportati i peroni (afferma che tale operazione è rara persino in letteratura). Inoltre ha ottima competenza labiale e presenta pressochè inesistenti cicatrici (cosa importante per una donna).

Il professore, dopo aver ringraziato il popolo femminile che lo ha reso famoso per i suoi interventi eseguiti non solo correttamente dal punto di vista organico ma anche da quello estetico, passa alla

trattamento di casi di pazienti diabetici, ipertiroidei e sieropositivi, che a causa di gravi alterazioni dismetaboliche hanno perso il grasso cutaneo del volto e per tanto risultano deturpati.

Ad esempio una donna di 40 anni aveva perso tutta la dentizione e il grasso del viso, pertanto dopo la correzione dell' ipertiroidismo, è stata sottoposta a chirurgia ricostruttiva. Tale operazione è stata eseguita dopo aver prelevato un intero perone, averlo tagliato in 3 pezzi, quindi utilizzati per ricostruire l'intera mandibola. Inoltre, dopo la vascolarizzazione, è stata utilizzata la muscolatura della gamba per completare l'opera, e restituire così una fisionomia socialmente accettabile alla paziente. Questo viene detto "reverse lifting" (non approfondisce tale concetto Ndr)

FIBROMA OSSIFICANTE GIOVANILE (Ndr):

l'immagine proiettata è quella di un adolescente con un tumore enorme, che ne sconvolge la fisionomia. Si trattava di un' operazione molto rischiosa da condurre per lo stretto passaggio posteriore della carotide (ndr non è chiaro a riguardo). Spiega come il tumore stesse invadendo la base cranica media causando sempre più frequenti sincopi. Vi era inoltre un' importante riduzione del visus, sempre per compressione da parte del tumore.

Si decise quindi di procedere con una TC e utilizzare un commutatore, che permette di ricostruire la struttura di tutto il cranio, allo scopo di comprendere le effettive dimensioni e i rapporti del tumore con le strutture circostanti. Si procedette quindi all'apertura completa del cranio, alla rimozione del tumore (ne sottolinea la difficoltà per il rapporto con la carotide) e alla ricostruzione. Un'altra particolarità dell' operazione descritta era che si era pensato di prendere delle ossa dai fratelli hla-compatibili per perfezionare l' operazione. Tuttavia alla fine tale opzione non fu seguita perchè il giovane era soddisfatto del risultato estetico dell'operazione.

Tratta poi il caso di un paziente con un grave tumore (non meglio specificato Ndr) al volto che fu rimosso. Il volto fu ricostruito con l'uso del muscolo grande dorsale, dopo aver rimosso l'occhio destro e altre porzioni del volto di destra.

PRECURSORI NEOPLASTICI ORALI (ndr):

si distinguono le lesioni del cavo orale in: rosse, bianche e nere

LESIONI ROSSE:

l'aspetto di tali lesioni dipende dalla perdita di epitelio del cavo orale. Tipicamente viene perso l'aspetto "traslucido" della cavità orale.

Rientrano nelle suddette lesioni:

-ERITROPLACHIA. Si tratta di una lesione probabilmente neoplastica. Non è assolutamente infettiva. Oltre che nel cavo orale queste lesioni possono insorgere anche a livello degli apparati genitali maschile e femminile e a livello esofageo. Per giungere alla diagnosi di eritroplachia bisogna seguire un iter che comprende un'anamnesi completa (spesso colpisce alcolisti e fumatori) e un esame obiettivo con particolare attenzione a ispezione e palpazione. È inoltre necessario condurre biopsie. Le lesioni colpiscono prevalentemente il pavimento della cavità orale, piuttosto che il palato, per il ristagno di cibo in tale sede. La possibile progressione dell'eritroplachia è verso il carcinoma in situ e quindi il carcinoma invasivo. Allo stadio di carcinoma invasivo possono insorgere complicanze cardiovascolari. Quando si riscontrano lesioni del cavo orale può essere utile prescrivere al paziente risciacqui orali con acqua e 1 cucchiaino di bicarbonato, due volte al giorno; se dopo 10 giorni le lesioni non sono regredite, bisogna assolutamente indirizzare il paziente allo specialista, lo stomatologo (ma anche anche un otorinolaringoiatra). Si potrebbe trattare di leucoplachia, eritroplachia, carcinoma ma anche infezione fungina (le possibilità sono varie).

-PENFIGO. Mostra l'immagine di una lingua con pemfigo. I pazienti con tali lesioni spesso si rivolgono al dermatologo perché oltre alle lesioni orali ci possono essere lesioni cutanee.

All'esame obiettivo il segno di Nikolsky è positivo (si vede la bolla premendo, ma non specifica meglio tale segno ndr)

Bisogna fare diagnosi differenziale dal melanoma, che nel cavo orale non è nero, ma piuttosto bianco o più spesso rosato.

(NdR : Segno di Nikolsky Separazione degli strati superficiali della pelle dallo strato basale con formazione di bolla che si manifesta in seguito a sfregamento o a trauma; osservabile in caso di Pemfigo, epidermolisi bollosa, necrolisi epidermica tossica).

Lezione di Odontostomatologia del 12/3/2014 (1)

Sbobinatore: Benini Lavinia. Revisore: Bombieri Sara.

Argomento: Lesioni rosse del cavo orale.

Professore: .

Lezione di chirurgia maxillo-facciale, 12/03

Sbobinatore: Lavinia Benini

Revisore: Sara Bombieri

Prof: Nocini

NOTA: il professore spesso e volentieri si perde in divagazioni che non hanno alcuna attinenza con le conoscenze che ci vengono richieste: se la sbobina sembra “scarna”, non è per poco zelo ma per evitarvi letture totalmente inutili.

(discorso introduttivo circa un'eventuale lezione tenuta da professori associati durante un'assenza del prof; dovrà essere valutata coi rappresentanti di corso).

[Riprende il discorso della lezione precedente, riguardo al pemfigo]

(Discorso di dubbia rilevanza sull'uso dello spazzolino elettrico; il concetto è che la corretta igiene orale limita l'insorgenza di patologie come quelle mostrate a lezione).

Ho cercato di trasmettervi il concetto, perché le nozioni rimangano impresse [di tre possibili colori delle lesioni al cavo orale]:

- bianco

- nero

- il rosso è un colore di pericolo: “attenzione, c'è qualcosa che non va bene” (da qui a dire che è cancro, passa una vita; ma non va ugualmente sottovalutato). Se il paziente fa sciacqui con acqua e bicarbonato per 10 giorni e non passa, deve essere mandato da uno specialista. [Racconta di una pz che per un problema alla lingua è stata trattata in successione da: reumatologo, dermatologo, otorino, odontoiatra, chirurgo maxillo-faciale; in seguito a mucosectomia, è stata posta diagnosi di carcinoma in situ]. Carcinoma in situ indica che non ha ancora superato la membrana basale, e di conseguenza non dà metastasi: è l'unico caso, fra i tumori, che si possa davvero “guarire”.

Il cancro ha periodi di latenza così lunghi che solitamente non permettono di escludere una possibile recidiva.

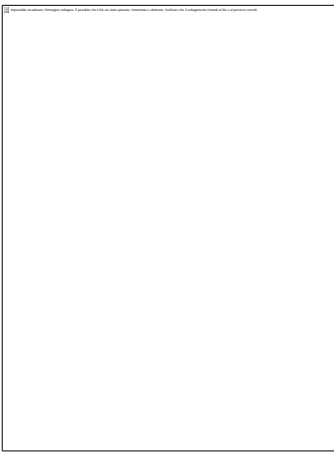
[Digressione sul passato del prof; il concetto utile è: “Il cancro di testa-collo è il cancro “dei poveri”: il cancro alla mammella colpisce tutti, quello del colon è dei ricchi, mentre i pz che sviluppano cancro a testa-collo sono persone che non mangiano bene, bevono e fumano molto, spesso non hanno la possibilità economica di farsi visitare da un odontoiatra].

Ci sono quindi fattori esogeni che, a lungo andare, riescono a rompere l'elica di DNA].

Fra le lesioni rosse troviamo il PEMFIGO, che non fa parte chiaramente delle neoplasie (è una para-neoplasia); nelle fotografie può sembrare una banalità, ma nella realtà è una patologia molto importante.

[Discorsi inutili; in successione affronta i temi di: inadeguato stipendio riservato ai medici, importanza di avere un buon anestesista al proprio fianco].

Mostra una **LINGUA A CARTA GEOGRAFICA** *[inserita foto presa da internet per una comprensione più agevole].*



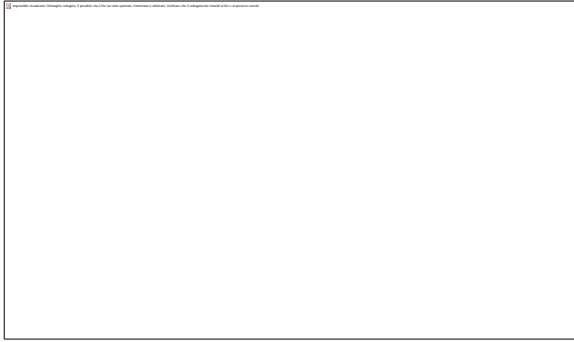
Spesso una lesione di questo tipo viene a pz sotto stress; colpisce maggiormente le donne (*da slide: prevalenza di aree disepitelizzate, talvolta associata a lingua scrotale*).

La patologia è rappresentata dalla parte rossa, viene persa la parte di protezione dell'epitelio; non bisogna guardare la parte bianca, anche se risalta di più.

Dopo una "ciucca", la lingua può diventare bianca, ma è un'alterazione che scompare nel giro di pochi giorni.

Un tempo la lingua era un importante 'strumento' per interpretare disturbi più profondi; chi farà il pediatra, potrà usare la presenza di una lingua molto arrossata per interpretare una malattia esantematica.

GLOSSITE ROMBICA MEDIANA: questa è una lesione a cuore, la parte arrossata è disepitelizzata.



La lesione potrebbe essere causata anche da una micosi (es. Candidosi cronica), molte volte è trattata con un antimicotico (il prof. usa spesso le candeflette vaginali o anali, in bocca, in terapia per un mese).

Può comparire un nodulo; “Sono andato a mangiare pesce, e mi si è infilata una lisca in bocca”: **CARCINOMA SU GLOSSITE ROMBICA.**

Quando vedo rosso quindi, devo prestare attenzione: è una zona di minor resistenza; devo rimuovere chirurgicamente (lama a freddo), non trattare con chemio o radioterapia.

Si asporta la parte del corpo della lingua, che verrà successivamente ricostruita; poi si valuta il tipo e l'aggressività della neoplasia: in base a questo, o si imposta il follow up del pz oppure si effettua lo svuotamento del collo (dopo 60 giorni); se la lesione è a destra o sinistra, lo svuotamento sarà omolaterale, se è centrale sarà bilaterale (in contemporanea o con un intervallo di massimo 8 giorni. Moltissime volte si deve eseguire la tracheotomia, perché, se si rompe una giugulare, risulta molto complicato eseguire un secondo intervento: si gonfiano molto il collo e il pavimento, la lingua si sposta indietro andando a occludere le vie aeree).

Mostra alcune immagini di lesioni da spray cortisonici, per coloro che hanno asma, mal di gola o ingrossamento delle tonsille. Il cortisone passa e “spazza” via le papille.

Dopo qualche tempo in cui viene utilizzato il farmaco, la lingua comincia a bruciare; sospeso lo spray, in 15 giorni la lesione passa.

SCIALOMETAPLASIA: è una diagnosi che dovete fare subito; bisogna chiedere se il pz ha fatto recentemente cure odontoiatriche, ovvero iniezioni anestesiolgiche.

L'iniezione per l'anestesia locale può essere fatta solo intra-mucosa (in questo caso è difficile si sviluppi scialometaplasia), o sottoperiosteale con vasocostrittore (nel qual caso può nascere scialometaplasia dovuta a necrosi ischemica).

Per compiere una buona anestesia, la parte interessante diventa tutta bianca e si crea un'ischemia; questa può portare, in casi sfortunati, alla scialometaplasia.

Non c'è niente da fare, si aspettano 15 giorni e la lesione regredisce.

[Contrappone due immagini]; nella prima può esserci una porzione edematosa, con irritazione, e una parte interna necrotica; nella seconda la lesione è completamente diversa: è più espansa, ha un cerchio più bianco perché più ischemico (più neoplastico).

Col dito, toccando la scialometaplasia, il pz può avvertire male ma non sanguina; toccando col dito l'altra lesione si avrà invece un piccolo gemizio di sangue [il prof. definisce la seguente come la "manovra dell'imbecille" o "dell'incerto": il pz è seduto, si tocca col dito la lesione, poi si buttano i guanti per guadagnare del tempo, si finge di aver dimenticato di ispezionare la lesione, ci si rimettono i guanti e alla seconda digitopressione si avrà un minuscolo gemizio di sangue; questo è indice di malattia neoplastica].

Lesione color rosso infuocato, tipica nei pz portatori di protesi in età avanzata (molte volte i pz mantengono anche di notte la protesi dentaria, mentre si dovrebbe rimuoverla e pulirla con cura), viene perso l'epitelio.

[Da slide: **CANDIDOSI ATROFICA PALATALE**: area eritematosa, solitamente urente, spesso estesa alla superficie di appoggio della protesi superiore].

GENGIVOSTOMATITI ERPETICHE: da valutare velocemente per il rischio di trasmissione.

Il prof non ritiene che le due diverse vie di trasmissione degli Herpes Virus Simplex 1 e 2 siano "miste", anche se non c'è ancora niente di dimostrato (*credo intenda che l'HSV1 abbia solo trasmissione "orale" e HSV2 genitale, Ndr*).

[Da slide: HSV1: localizzazione orale; HSV2: cancerogenesi nell'apparato genitale femminile].

SIFILIDE: sta tornando di moda, come la TBC. [La slide mostra lesioni sul palato duro di un pz sviluppatosi in seguito a rapporti non protetti].

[Digressioni: nel dubbio, trattare tutti i pz come se fossero infetti/Importanza dell'uso dei guanti/Dopo aver operato d'urgenza un pz sieropositivo, il prof ha dovuto seguire una terapia antiretrovirale.

Da slide: trasmissione sessuale o materno-fetale. Triade di Hutchinson: alterazioni dentarie, fibrosi parenchimatosa, sordità per danno dell'VIII n.c.].

Mostrate immagini di carcinoma squamoso del cavo orale: **CARCINOMA LINGUALE** (da non confondere con aftosi maior; oltre alla manovra dell'imbecille già vista, si possono distinguere con la palpazione, il carcinoma è molto più duro rispetto ai tessuti circostanti).

Varia anche la sede, il cancro è più aggredibile nella posizione laterale (sul margine laterale mobile della lingua); più si sposta verso la radice della lingua, più darà metastasi e di conseguenza sarà maggiore l'aggressività chirurgica.

Non si deve aspettare che il cancro si ulceri e “mangi” via metà lingua.

CARCINOMA DEI DUE DOTTI DI WHARTON (*dotti escretori delle ghiandole salivari sottomandibolari, Ndr*). Questi due dotti hanno uno scarico antigravitario.

Tener presente che non ci sono carcinomi “più buoni” o “meno buoni”, ma solo più o meno trattabili chirurgicamente con l’ausilio chemioterapico e radioterapico.

Esempio, asportazione di (radici?) dentali. 15 giorni dopo si tolgono i punti e dopo altri 15 giorni la ferita non guarisce, non bisogna aspettare oltre. Quasi sicuramente è un cancro, oppure potrebbe essere una leucemia (ma ci si accorge subito dal sanguinamento massivo al momento dell’estrazione). È importante indagare.

[*Digressione*, un medico al seguito del prof fa un’asportazione della chirurgia implantare a una signora di Milano e viene denunciato per “ritardo di cure”, perché non ha comunicato subito alla signora che aveva il sospetto di cancro; segue il racconto di una vicenda vissuta dal prof, il quale aveva prospettato ad una sua paziente la possibilità di un cancro del cavo orale, con il risultato che la signora si è suicidata. Nocini è stato indagato per istigazione al suicidio, ma senza conseguenze perché poi l’istologia ha confermato la diagnosi di cancro. Concetto utile: mai parlare di cancro se non si è assolutamente sicuri].

Lezione di Odontostomatologia del 19/3/2014 (1)

Sbobbinateur: **Agnolin Stefano**. *Revisore:* **Paolino Gaetano**.

Argomento: **LESIONI DEL CAVO ORALE**.

Professore: .

Lezione di odontostomatologia del 19/03/2014

Sbobbinateur: Stefano Agnolin

Revisore: Gaetano Paolino

Prof: Pier Francesco Nocini

(L’audio è piuttosto basso e disturbato. Inizio la trascrizione da dove riesco a sentire qualcosa, rielaborando leggermente le frasi. Ndr)

Danno da agenti esogeni

L'abuso di bevande alcoliche e l'abitudine al fumo di sigaretta si sono oggi diffusi pressoché in tutte le classi sociali. Essi rappresentano importanti fattori di rischio per:

- cancro del colon
- cancro del cavo orale
- cancro dell'esofago

In particolare il fumo per:

- cancro della laringe
- cancro delle corde vocali

I poveri hanno un'alimentazione deficitaria di fattori protettivi; chi beve molto perde l'appetito, perciò si nutre bevendo.

L'uso di cocaina, molto diffuso anche in ragazzi giovani, può causare danni al setto nasale. *(il prof. riferisce di aver riparato lui stesso molti setti nasali danneggiati dall'uso di cocaina)*

I vari tipi di dipendenza procurano **lesioni o al cavo orale o al setto.**

Carcinoma dell'ugola

Il prof. descrive l'immagine:

“Questa è la lingua abbassata; questo è il rinofaringe; questa sulla destra è l'ugola, che non c'è più perchè è stata mangiata dal cancro.”

Racconta quindi un caso clinico del giorno precedente:

“Ieri abbiamo fatto una tracheotomia d'emergenza ad un signore di 44 anni per il fatto che aveva un carcinoma della lingua reputato troppo grande”.

Di cancro quindi non si guarisce, ma si può essere curati bene. Di carcinoma in situ, invece, si può guarire in quanto la neoplasia non supera la barriera basale e non dà metastasi linfonodali.

E' meglio avere un carcinoma del palato e del mascellare superiore che avere un carcinoma del pavimento o del trigono retromolare; ed è meglio avere un carcinoma della lingua mobile rispetto ad un carcinoma della lingua e della radice: questo per questioni di vie linfatiche.

Il **grading** è quello che guida la prognosi e la cura: deve essere fatta un'ispezione accurata ed attenta!

(Il prof sottolinea l'importanza di ottenere informazioni precise e sincere dal paziente al fine di guidare sia la diagnosi che la terapia, con particolare riferimento alla terapia chirurgica Ndr)

Immagini di altre lesioni neoplastiche

LESIONI BIANCHE

Quando si vedono delle lesioni del genere (*mostra delle immagini*), si capisce che hanno avuto tempo e modo di svilupparsi (sottolinea l'importanza del ruolo del medico di base). Il bianco sicuramente non è pericoloso, ma, quando la patina è molto ispessita, sotto può nascondere una lesione rossa. Può portare una mutazione cellulare che può virare al neoplastico.

Zone interessate possono essere: guancia, pavimento della lingua, lingua.

Cheilite angolare

[Da internet: *Infiammazione cutanea delle labbra che si manifesta con fessurazioni, desquamazione, macerazione, piaghe e anche ulcerazioni presenti ai lati della bocca e che si possono estendere sulle labbra. Ndr*]

Le **cheiliti angolari** (volgarmente dette “boccarole” in Veneto) generalmente vengono all'anziano per protesi incongrue: dentiere che non funzionano adeguatamente, e causano un danno all'angolo della bocca. Molte volte, nell'anziano, causa concomitante può essere una carenza di ferro e/o di vitamina B (*vitamina B2 Ndr*). Possono quindi essere anche espressione di malattie ematologiche: le cheiliti in questo caso spariscono con la somministrazione di ferro.

Alcune tendono a non sparire, e possono accompagnarsi a dei piccoli principi di erosione.

Dove vi è erosione (superficie non perfettamente omogenea) il pericolo può essere travisato anche da occhi non esperti. Come regola, **tutto ciò che non ha un aspetto normale e mostra segni di erosione può essere una cosa pericolosa**. Al medico di base sta il compito di effettuare una prima diagnosi, poi sarà ruolo dello specialista quello di indagare e valutare la situazione più approfonditamente.

Leucoplachia orale capelluta (Hairy Leukoplakia)

[Da internet: *Placca biancastra tipica del cavo orale, che interessa soprattutto la superficie della lingua e le mucose interne delle labbra e delle guance, probabilmente causate dal virus di Epstein-Barr che può essere trattata con acyclovir. Di frequente riscontro nel paziente sieropositivo. Ndr*]

Mostra un'immagine

In un paziente anziano, di fronte a tale lesione potrei sospettare una patologia ematologica come una leucemia, o potrei pensare all'esito di una terapia farmacologica aggressiva. Se però il paziente è una ragazza giovane, sarebbe più opportuno ricercare una sieropositività per HIV.

(portando l'esempio di numerose sue pazienti adolescenti con condilomi in bocca, il professore fa una riflessione su quanto possa essere difficile, in casi simili, comunicare la diagnosi all'interessato/a ed alla famiglia, dal momento che “non è certo bevendo la CocaCola o mangiando un hamburger che si prendono i condilomi”, cit.)

[I denti più giovani sono rivestiti da una membrana traslucida che conferisce lucentezza ai denti. Questa si erode con il passare del tempo. Vi sono macchinari che sono in grado di conferire una lucentezza simile a quella originaria ai denti.]

La leucoplachia orale capelluta è molto rara nel non-sieropositivo. È definita leucoplachia perchè è una lesione bianca.

(Immagine di una lesione bianca a carico della mucosa interna della guancia)

Causa dolore e sanguinamento, soprattutto mentre il paziente mangia.

Ipercheratosi

Lesione bianca del cavo orale, che può originare quando viene estratto un dente e non viene suturato. Vi è una guarigione per seconda intenzione con un processo riparativo cicatriziale. Non avendo accollato i lembi della lesione, la cicatrice finisce per occupare uno spazio maggiore. La crescita della cicatrice termina a 18 mesi. È una lesione inestensibile ed ipovascolarizzata, perciò diventa bianca. La causa è dunque iatrogena.

Lichen

Il lichen è una **lesione bianca reticolare**. La conferma diagnostica è necessariamente istologica, tuttavia presenta come caratteristica obiettiva quella di essere sempre presente sempre anche controlateralmente: si trova sempre un lesione affine dall'altro lato, anche se di dimensioni molto inferiori o in altre sedi (guancia, palato, lingua). Se ciò non dovesse verificarsi, allora si parla di una "forma lichenoide", che è una cosa diversa.

La famiglia dei lichen è molto grande: si possono trovare lichen a livello cutaneo, a livello delle unghie (soprattutto in pazienti affetti da epatite C), a livello dei solchi tra le dita dei piedi. È una patologia dermatologica, che spesso si manifesta soprattutto a livello del cavo orale, ma può manifestarsi in altre sedi. Le lesioni proprie del lichen sono molto difficili da trattare, ma possono migliorare. Sono trattate dai dermatologi.

(inizia una dissertazione di cui è difficile seguire il filo, NDR):

Questi pazienti si recano inizialmente dal medico di base per poi essere inviati all'Odontoiatra. Nella pratica quotidiana, in alcuni pazienti con ostruzioni importanti si utilizzano impianti zigomatici di ultima generazione. Un impianto in media è di 10 mm, ne esistono però anche di 55 mm (li utilizzo ad esempio in caso di grandi traumi o tumori). Tutti i materiali utilizzati (per tutte le tipologie) devono superare una serie di valutazioni di controllo, sono quindi estremamente sicuri.

Mostra un'immagine: queste sono esitazioni nei bronchi, tipiche dei grandi fumatori e dei fumatori di pipa e sigari. Sono situazioni reversibili.

Lingua scrotale

(Mostra un'immagine):

Lingua che tipicamente si riscontra in soggetti giovani, che lamentano forte bruciore, generalmente a pochi giorni di distanza da un forte consumo di superalcolici.

(Il Prof. parla dell'utilità di spazzolarsi la lingua):

Uno spazzolamento leggero è utile, ad esempio, nell'alitosi, che può essere una conseguenza di diversi problemi: il cibo, esofagite da reflusso, ernia iatale eccetera. Questo perchè, spesso, i batteri tendono ad insinuarsi nelle profonde pieghe che caratterizzano la lingua scrotale (rischio putrefazione).

(Da internet: La lingua scrotale è una condizione anomala, ma non necessariamente patologica, caratterizzata dalla presenza di profondi solchi sulla superficie della [lingua](#). Il pericolo è costituito dal fatto che residui di cibo durante la masticazione possano depositarsi all'interno dei solchi provocando infezioni. Ndr)

Lingua a carta geografica

(Da Internet : conosciuta anche con il nome di glossite benigna migratoria o di eritema migrante, si intende una malattia infiammatoria benigna a carattere cronico o recidivante, del dorso della [lingua](#))

Colpisce prevalentemente il sexso femminile: si ritiene che lo stress giochi un ruolo importante nell'eziopatogenesi della malattia. Costituisce un problema sociale per i pazienti affetti, potendo provocare imbarazzo nelle relazioni sociali. Colpisce anche i bambini piccoli.

(Il Prof. ricorda che spesso un problema alla lingua rappresenta il primo segnale di una patologia più complessa)

Trauma Lingua

Mostra un'immagine.

Alla palpazione assomiglia ad un piccolo callo superficiale, che non va in profondità. La diagnosi si basa sul fatto che, eliminando lo stimolo traumatico, la lesione va in quasi completa guarigione nel giro di 10 giorni. Se il problema permane, bisogna eseguire una biopsia, che potrebbe rivelare una situazione più complessa.

Sono lesioni che si possono generare di notte, quando il soggetto dorme in uno stato particolare di tensione, ansia, e succhia la parte interna della lingua. Se questa condizione permane, ci può essere una degenerazione a Papilloma: le ghiandole minori si estroflettono irreversibilmente, e non rimane che tagliarle con un colpo di bisturi.

Leucoedema

(Da Internet: è una velatura della parete interna della guancia, dovuta ad un ispessimento dell'epitelio: anche se può estendersi all'intera bocca, il termine non si riferisce ad una vera e propria lesione della mucosa, ma ad un aspetto bianco, traslucido e spugnoso della mucosa orale della regione vestibolare.)

E' stato riscontrato in soggetti caucasici, ma colpisce prevalentemente la popolazione nera. Seppur non risolvibile, si tratta di una situazione totalmente priva di problemi, anche se spesso il paziente si presenta dal medico visibilmente preoccupato.

Mostra un'immagine (Carcinoma cavo orale??):

Situazione oncologica estremamente grave, e molto dolorosa: il paziente presenta difficoltà nella fonazione e nella deglutizione. Si rende necessaria una forte collaborazione fra ematologo, oncologo, stomatologo.

Cheilite attinica

(Da Internet: forma di cheratosi diffusa sulle labbra. Si è visto che la malattia è molto più diffusa negli anziani e come localizzazione nel labbro inferiore, questo come riprova della lunga permanenza necessaria alla luce solare.)

Colpisce maggiormente i maschi, ed è tipica del fumatore (il fumo è irritante).

Una volta colpiva i pescatori e i marinai, a causa della prolungata esposizione solare durante il lavoro, e poteva accompagnarsi a lesioni dentali, ormai di raro riscontro, derivanti dall'uso di tenere le reti da pesca tra i denti.

Non colpisce quasi mai le donne, perché queste sono avvantaggiate dall'utilizzo del rossetto, che ha azione protettiva nei confronti dei raggi UV. Si localizza prevalentemente nel **labbro inferiore**, maggiormente esposto ai raggi solari.

(Il Prof. sottolinea l'importanza dell'utilizzo della crema solare, portando l'esempio di un amico bagnino che non la usa mai).

Si tratta di una **lesione precancerosa**

(il prof. a questo punto coglie l'occasione per parlare un po' di sé stesso)

Carcinoma verrucoso

Fra i carcinomi è il migliore che si possa avere, in quanto è **il meno aggressivo ed il più curabile**.

Si riconosce perché forma una verruca, se asportata in tempo si può guarire.

LESIONI NERE

(Non trattate per mancanza di slides, si rimanda alla prossima lezione)

(Il professore racconta di una sua visita avvenuta il giorno precedente: una ragazza si è presentata per sospetto melanoma, con tre lesioni piane sul labbro. Nelle persone di colore, di carnagione scura, o nelle persone che prendono abitualmente il sole, si possono formare delle efelidi ai bordi delle labbra: esse non vanno confuse con un melanoma! Queste formazioni sono più frequenti nelle donne di giovane età con la carnagione scura)

(il prof. si lancia nell'ennesimo funambolismo su pazienti maschi innamorati e donne separate)

SCHISI

Labbro leporino

E' una patologia interdisciplinare: interessa al ginecologo, al chirurgo maxillo-facciale, al pediatra, al neuropsichiatra infantile ed a molti altri specialisti (fra cui anche il foniatra).

La schisi è una patologia psicologicamente provante, per tutta la vita. Di conseguenza, il chirurgo deve intervenire per cancellare il ricordo di questo incidente gestazionale al paziente. Le schisi possono essere molteplici, e si suddividono in 14 sottotipi: la più semplice è quella del labbro, che può essere monolaterale o, più comunemente, bilaterale. Può colpire il **labbro**, l'**alveolo**, il **palato duro** e il **palato molle**.

La lesione anatomicamente interrompe il vermiglio e l'arco di Cupido, viene persa una parte del muscolo orbicolare e si ha quindi una retrazione verso l'alto, motivo per cui i bambini hanno anche la base del naso leggermente più alta del normale.

(digressione sulla micrognazia in cui il bambino non riesce a respirare perché la mandibola è retratta. La diagnosi non si fa alla nascita: bisogna aspettare che la mandibola cresca).

LESIONI VASCOLARI DEL LABBRO

- **traumatiche**
- **MAV** (malformazioni artero-venose)
- **idiopatiche** (es. sindrome di Rosenthal: rara, trasmissione AD. A differenza della cheilite attinica, essa colpisce maggiormente il labbro superiore, e può dare paralisi del VII nervo. Spesso i soggetti colpiti si presentano dopo molto tempo, perché la confondono con una reazione allergica. Può essere associata a patologie granulomatose croniche)
- **neoplasie** (si presentano sempre in forma di cheilite attinica)

(Il professore mostra alcune immagini di queste patologie)

Lezione di Odontostomatologia del 26/3/2014 (1)

Sbobinatore: Grendele Sara. Revisore: Ammendola Serena.

*Argomento: **glossopatie non neoplastiche/ lesioni pigmentate/ impianti zigomatici.***

Professore: .

Argomento: Glossopatie non neoplastiche/ Lesioni pigmentate/ Impianti zigomatici

Lezione di chirurgia maxillo-facciale, 26/03
Sbobinatore: Sara Grendele
Revisore: Ammendola Serena
Prof: Nocini

(Ove ritenuto necessario, è stato aggiunto il testo di alcune slides della lezione per rendere il discorso più chiaro e scorrevole. A segnalare quali sono queste parti troverete la dicitura “ da slides” NdR)

[Riprende il discorso della lezione precedente sulle lesioni artero venose mostrando una carrellata di immagini]

Le **Mav** (malformazioni artero-venose) peggiori sono quelle a basso flusso che colpiscono il sistema venoso. Il sistema arterioso infatti è più facile da controllare perchè con la legatura dei grossi vasi o l' embolizzazione si ottengono ottimi risultati in tutte le parti del corpo.

(fa l' esempio di un caso clinico di una collega con mav dell'arto superiore)

Rosenthal colpisce ragazzi con lesioni associate ad edema e paralisi facciale perchè viene sempre colpita una emifaccia.

L' Herpes e altre forme infettive, sono forme molto dolorose e difficili da gestire;

Altra tipologia di lesioni sono le **varici**, sempre presenti nella lingua.

Le lesioni di origine traumatica sono completamente diverse da quelle di origine neoplastica, un esempio è la **ragade labiale** da traumatismo cronico o da carenza del sistema B

La **pigmentazione post traumatica** è abbastanza rara e va fatta diagnosi differenziale con le efelidi e con il melanoma.

La **cheilite attinica** colpisce maggiormente gli uomini (indica nell'immagine una zone in cui potrebbe esserci carcinoma in situ)

Valutare attentamente, nonostante sia rara, la presenza di **gomme luetiche** sul labbro, sono in realtà più frequenti nel palato e sulla lingua.

Carcinoma squamoso del labbro : (da slides)

- 20% delle VADS
- metastasi linfonodali tardive
- preceduto da elastosi attinica
- labbro inferiore negli uomini, labbro superiore nelle donne
- soprattutto sesso maschile
- età medio-avanzata

(digressione sull'importanza della diagnosi precoce delle lesioni orali, tutto ciò che esce dalla normalità dev'essere indagato)

Il trattamento chirurgico del carcinoma squamoso del labbro prevede il taglio del labbro con creazione di lembi di scorrimento che permettono di restituire la competenza labiale, evitare lo scolo e ottenere un aspetto il più possibile naturale. Quando manca sostanza la mucosa interna del vestibolo viene rovesciata e il vermiglio viene ricostruito.

La metastasi del carcinoma del labbro non si estende lungo l'asse giugulo carotideo ma rimane localizzata.

MACROGLOSSIE

Si definisce **MACROGLOSSIA** una lingua con dimensioni maggiori della chiostra dentaria che può raggiungere dimensioni tali da deformare le arcate dentali, il mascellare e la mandibola. Molte volte si trova nella lingua lo stampo dei denti. *(Il prof ha dato questa definizione a metà lezione ma ritengo sia più utile inserirla qui, NdR)*

1. FORME MALFORMATIVO CONGENITE
2. FORME IDIOPATICHE e AUTOIMMUNI
3. FORME SECONDARIE: infettive, traumatiche iatrogene e carenziali

FORME CONGENITO-EREDITARIE:

MAV (malformazioni artero-venose) *(da slides)*

- lesioni con normale turnover cellulare
- basso flusso: sistema linfatico e/o venoso e/o capillare
- alto flusso: sistema arterioso o artero-venoso
- manifestazione congenita
- gli **emangiomi** non sono congeniti, derivano da iperplasia endoteliale, crescita indipendente dallo sviluppo corporeo

E' importante valutare se la lesione è presente in altri distretti del corpo perchè un paziente con una malformazione artero-venosa potrà avere anche un angioma epatico o cerebrale. Nella stadiazione va quindi valutato tutto per evitare che, ad esempio, dopo aver curato la malformazione della lingua si verifichi un'emorragia cerebrale.

(similitudine con valutazione ecografica delle carotidi che permette di avere una valutazione approssimativa anche sullo stato di coronarie e delle arterie cerebrali, se la carotide è inspessita si può sospettare che anche il paziente possa avere anche altri danni vascolari)

MAV a basso flusso (linfangioma): *(da slides)*

- possibile coinvolgimento di ampi settori oro-maxillo-facciali
- caso coinvolgente un emisoma della lingua
- terapia: scleroterapia e/o ampie asportazioni chirurgiche

Mostra l'immagine di una paziente con una macroglossia imponente che ha richiesto l'intervento chirurgico con tracheotomia

(digressione sulle opere umanitarie in Messico del professore e polemica sulla poca collaborazione che c'è per la realizzazione di esse)

La Macroglossia si può associare ad altre forme come amiloidosi, amilosarcoidosi.

FORME INFETTIVE

Mostra immagine di una lingua con pus da **Actinomicosi**.

Il processo infettivo si automantiene perchè c'è un ascesso al centro della lingua, al suo interno.

Il trattamento chirurgico dell'ascesso prevede l'apertura della lingua sul rafe mediano, l'asportazione del processo infettivo e infine la ricostruzione a partire dal piano più basso verso il piano più alto per poter ridare al paziente le normali funzioni di fonazione e deglutizione.

E' importante intervenire prima che subentri un'infezione maggiore che provocherebbe un aumento di dimensioni della lingua tale da compromettere la respirazione e richiedere una tracheotomia.

Candidosi cronica: la paziente si presenta con alitosi. Il trattamento prevede l'utilizzo di candele vaginali per 2 mesi e sciacqui con il bicarbonato

Altre FORME CONGENITE:

Mostra immagini:

Lingua Bifida

Anchiloglossia

Lingua fissurata (o scrotale): (*da slides*)

- *forma ereditaria*
- *2/5% della popolazione*
- *asintomatica*
- *possibile bruciore con cibi piccanti*
- *nessuna terapia*
- *accurata detersione se sintomatica*

Lingua a carta geografica

E' importante ricordare che patologica è la parte rossa della lingua, area di disepitelializzazione.

Nel MAV ad alto flusso (angioma):

La lingua appare molto diversa dal normale, più grossa e le pliche sono diverse.

Diagnosi differenziale MAV con **varici linguali:** (*da slides*)

- *ectasia vascolare benigna*
- *non trattate chirurgicamente*
- *preoccupano il paziente*

Normali soprattutto dopo i 40 anni. Possono essere puntiformi o complete, che si estendono cioè al flusso venoso. Se non ci fossero questi scarichi sicuramente la lingua sarebbe più grossa. Se chiudiamo le varici, infatti, la lingua si gonfia perchè manca un buon scarico.

FORME IDIOPATICHE:

Ipertrofia delle papille foliate: *(da slides)*

- *forma benigna, bilaterale, su base idiopatica, asintomatica*
- *spesso confusa dai pazienti con una neoplasia maligna*
- *nessuna terapia*

Detta anche “tonsilla ectopica” nella porzione posteriore della radice. Spesso viene scambiata con un cancro. Per differenziarla controllare la porzione controlaterale della lingua: il cancro raramente è bilaterale mentre è spessissimo bilaterale il lichen (deve esserlo).

La tonsilla ectopica è una anomalia della crescita della lamina dentaria e della lingua in cui parte della tonsilla si trova ad essere nella radice della lingua (*reformulazione di un discorso contorto Ndr*)

Lingua capelluta

(vedi lezione precedente)

Trattata con antibiotici e spazzolamento della lingua

Lingua nigra villosa:*(da slides)*

- *quadro simile al precedente ma associato a crescita batteri cromogeni dopo terapie antibiotiche prolungate e/o incongrue nonché abuso di clorexidina*

La clorexidina rende i denti neri

S. della bocca urente: *(da slides)*

-donne età avanzata

- mucosa orale integra

- presenza di bruciore bilaterale con possibile andamento ingravescente durante la giornata e/o gli anni

Colpisce maggiormente le donne, in stato di ansia e difficoltà psicologica. Spesso dura per molti anni e come è venuta se ne va. È molto dolorosa e fastidiosa per il paziente che viene quindi appoggiato a terapia psichiatrica, psicologica e farmacologica. Al risveglio spesso i sintomi non sono presenti ma dopo 15-20 minuti ricompaiono e ciò è motivo di avvilitamento del paziente, si instaura quindi un circolo vizioso tra depressione e sindrome della bocca urente.

Altre FORME INFETTIVE:

Mostra immagini

Candidosi da Candida Albicans

Lingua atrofica da spray

Causata dal flusso laminare dello spray che può colpire la lingua ma anche il palato.

I pazienti vengono trattati con sciacqui di bicarbonato, micostatin (l'ultima parola non si capisce, NDR)

Scarlattina:*(da slides)*

- streptococco A produttore tossina eritrogenica

- faccia congesta, pallore circumorale (maschera di Filatow)

- lingua inizialmente patinata, poi di colorito rosso vivo con papille fungiformi in netta evidenza (lingua a fragola)

Patologia pediatrica che si manifesta con febbre, eritema e lingua rossa

Tubercolosi: *(da slides)*

- di raro riscontro, se presente si associa a TBC polmonare di stadio avanzato
 - ulcera a contorno irregolare e margini sottominati
 - possibile localizzazione labiale
- Un cratere nella lingua.

Condiloma da Pappiloma virus

Trasmissione sessuale, molto frequenti. I condilomi si trovano ovunque: in bocca, sul dorso, sui fianchi e sul pavimento della lingua, sul glande e sulla mucosa delle grandi e piccole labbra.

HIV: già visto

Papillomatosi orale florida (precancerosi orale) : *(da slides)*

- sierotipo 19-18 cr. della regione ano-genitale
- il sierotipo bovino rimane silente nella mucosa intestinale fino al contatto con particolari felci presenti nell'alimentazione che slatentizzano la capacità cancerogena del virus (azione co-cancerogena)

Sifilide: *(da slides)*

- placche mucose spesso associate alle roseole cutanee del periodo secondario
- possibili localizzazioni al faringe/laringe (disfonia/disfagia), alle commissure labiali
- insorgenza dopo un mese dal sifiloma primario

La lesione tipica è la gomma, non necessita di operazione chirurgica ma va trattata con antibiotici

Ulcera da stampo, già viste.**FORME AUTOIMMUNI** *(da slides)***Graft versus Host Disease:**

- Ipercheratosi diffusa della lingua con possibili focolai multipli di carcinoma squamoso
- possibile danno cutaneo, epatico, intestinale (eruzioni cutanee, epatite, diarrea)
- incidenza 20-50%

FORME CARENZIALI *(da slides)***Anemia sideropenica:**

- grave atrofia mucosa a carico dell'intera bocca per ridotto apporto di ferro
- quadro simile con deficit di vit B12 e folati
- ridotto turnover cellulare = maggiore sensibilità ai cancerogeni
- possibile senso di secchezza e/ o bruciore
- M. Di Plummer-Vinson: atrofia mucosa VADS per carenza del cofattore gastrico, frequente nelle donne scandinave, talvolta fattore predisponente carcinoma squamoso

LESIONI PIGMENTATE**TATUAGGIO DI AMALGAMA:** *marrone > grigio > bluastro*

- particelle amalgama dislocate nella lamina propria e circondate da infiltrato infiammatorio
- consegue a estrazione di denti con otturazioni di amalgama

Causate dall'uso di turbina, insufflazioni in denti con otturazioni che provocano traumi che emergono dopo nel tempo per formazione di tessuto di granulazione che avvolge il dente e porta all'affiorare della lesione. (discorso poco chiaro NdR)

Pigmentazione razziale

Una carica di melanociti importante conferisce alle gengive pigmentazioni particolari.

Pigmentazione tabagica

Nei forti fumatori denti e gengiva diventano marroni.

Pigmentazione da traumatismo cronico

Macula melanocitica

Diversa dalle efelidi che sono più piccole.

Spesso confusa con un melanoma.

Nevo sottomucoso bianco

Melanoma mucoso: (slides)

- Neoplasia a crescita radiale o verticale, simile alla forma cutanea
- metastasi ematogene (polmone, fegato) e/o linfatiche
- se la lesione è localizzata: exeresi chirurgica
- se la lesione è metastatica: immunoterapia
- Prognosi scarsa 20% a 5 anni
- follow up trimestrale per i primi 2 anni

Se ci sono più macchie di melanoma il paziente ha pochissime possibilità perchè vuol dire che l'attività è piuttosto avanzata. Le metastasi di melanoma colpiscono ovunque a distanza. Tutti i pazienti decedono non per recidiva locale, quanto per metastasi a distanza.

(digressione su un caso di melanoma curato per 6-8 mesi per gengivite topica, è importante la diagnosi precoce)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE LESIONI PIGMENTATE: (da slides)

- **M. di Addison**
- Iperproduzione ACTH/POMC
- macule intraorali multiple per attività melanocito stimolante
- **S. di Peutz Jeghers** (malattia autosomica dominante con poliposi intestinale, macule intraorali e cutanee)

Carcinoma squamoso

se una crosta dura più di 15 giorni sospettare carcinoma

IMPIANTI ZIGOMATICI

Traumi, tumori e altre situazioni possono determinare perdita dell'elemento dentale che dopo alcuni mesi progredisce con atrofia di tutto l'osso. Molti pazienti che non hanno denti a cui non vengono applicati sistemi come impianti dentari vanno incontro ad un invecchiamento, è un sistema verticale e orizzontale di diffusione dell'atrofia. Con l'utilizzo di protesi mobili questo sistema diventa ancora più veloce.

Esistono linee guida che descrivono i diversi gradi di atrofia.

Quando l'atrofia è molto marcata sono necessarie le ricostruzioni ossee (osso di donatori, osso proprio o lembi microchirurgici).

Con l'osteointegrazione c'è la possibilità di evitare interventi chirurgici molto lunghi a questi pazienti che per cause traumatiche, per scorrettezze odontoiatriche o per patologie come la piorrea (parodontopatia giovanile(velocissima, colpisce le donne soprattutto) o cronica) hanno perso il sorriso.

E' stato Branemark ad inventare gli impianti zigomatici.

Un impianto tradizionale va da 11 mm a massimo 13, ma possono arrivare a 55 mm.

Le applicazioni degli impianti zigomatici comprendono la chirurgia oncologica, atrofie estreme, labiopalatoschisi e fallimenti ricostruttivi.

(caso di un paziente con tumore nello zigomo confuso per molti anni con una ghiandola, le ghiandole nello zigomo sono molto poco frequenti)

(il prof illustra vari casi di utilizzo di impianti zigomatici con relative immagini)

Gli impianti zigomatici permettono una ripresa molto veloce e consentono di accorciare i tempi di reinserimento sociale del paziente.

(anteprima di un caso che verrà pubblicato su Plastic Surgery a breve in cui sono stati utilizzati gli impianti zigomatici su un paziente di sesso maschile di media età. Su 4 zigomatici è stato attaccato un periscopio con 3 oring(???) per poter applicare un epitesi il più naturale possibile. Il paziente ora può staccarsi e riapplicarsi il naso autonomamente, è possibile l'autodeteriorazione e il monitoraggio agevole della malattia senza dover ricorrere a risonanza.

Lezione di Odontostomatologia del 2/4/2014 (1)

Sbobbinateur: **Lorenzini Riccardo**. *Revisore:* **Bersani Sara**.

Argomento: **FRATTURE FACCIALI**.

Professore: .

Lezione di chirurgia maxillo-facciale del 2/4/2014

Sbobbinateur: Riccardo Lorenzini

Revisore: Sara Bersani

FRATTURE FACCIALI

Le fratture facciali si suddividono dall'alto verso il basso perché quando si fa la ricostruzione, per avere una guida adeguata, bisogna partire dall'alto. Questo dà la garanzia di conservare la simmetria, se si partisse dal basso la mandibola, che è mobile, e tutte le altre strutture tridimensionali porterebbero ad una asimmetria.

Quando si vede una frattura facciale in emergenza, bisogna preoccuparsi di:

- **A – Airways**, le vie aeree. Accertarsi che il paziente non abbia ostruzioni delle vie aeree superiori né ematomi che impediscano il respiro, altrimenti la frattura diventa secondaria.
- **B – Breath**. Sapere se il paziente respira. Il paziente potrebbe essere in uno stato di incoscienza, magari è caduto dalle scale, in moto, in bici, facendo uno sforzo...
- **C – Circulation**. Valutare lo stato di circolazione, e il tempo intercorso tra quando si è visto il paziente e quando è stato raccolto successivamente al trauma. Il sanguinamento del distretto del massiccio facciale è molto importante, perché la bocca ha una vascolarizzazione molto grossa. Potrebbe esserci stata una grossa perdita di sangue però non si sa quando,

quindi, quando si vede il paziente, ci può essere un basso sanguinamento perché è stato visto a distanza (*di tempo*).

Se ci sono emorragie ci si dedica alle zone dove l'emorragia è più importante, come la zona del naso. Possiamo agire con dei device, dei palloncini che si gonfiano e fanno il tamponamento posteriore. Può essere fatto anche in ospedali piccoli dove non c'è la possibilità di avere questi dispositivi: si mette un dressing, delle garze apposite imbibite di solfato di ferro che consentono una maggiore attività dei fenomeni della coagulazione. Se possibile si fa fare una fibroscopia, e poi se ci sono dei vasi che sanguinano in maniera molto importante, si legano.

Segni e Sintomi

Stabilizzato il paziente: respira, è vigile o comunque se non è vigile almeno respira e le vie aeree sono libere, e si è bloccato il sanguinamento, ci si dedica ai segni e sintomi delle fratture.

- Se il paziente è incosciente bisogna sentire se c'è una tumefazione. Chi ha delle fratture (*al volto*) ha delle tumefazioni molto importanti perché c'è una grossa vascolarizzazione, quindi gli ematomi sono molto grossi.
- Ci può essere ipoestesia, perché nella faccia c'è il nervo infraorbitario e il nervo alveolare inferiore, che mediano l'innervazione sensitiva del volto. Se il trauma coinvolge e frattura il forame sovraorbitario c'è sicuramente una ipoestesia o addirittura una parestesia o una anestesia.
- Ci può essere paresi perché il viso è mosso dal nervo facciale. Il nervo facciale ha tre branche maggiori che sono: temporale, buccale e quella marginale cosiddetta mandibolare. Se il trauma ha colpito una di queste branche, comprimendole contro l'osso, ci può essere un fenomeno che dà delle alterazioni del movimento per tumefazione ed edema. Se invece c'è stata una lesione diretta, (*ad esempio*) il trauma di chi ha sbattuto sullo scalino che ha tagliato la zona di passaggio dei nervi facciali, oppure delle ferite e delle ossa scomposte, può esserci la paresi di una zona. Facendo fare degli esercizi di mimica al paziente, si vede che c'è una riduzione della motilità dei muscoli innervati dal ramo corrispondente del nervo facciale. Prevalentemente sono i muscoli del labbro inferiore, per il ramo marginale. Se andiamo verso l'alto abbiamo il frontale e l'orbicolare dell'occhio che sono innervati dal ramo superiore, più i muscoli centrali (il procerico e i corrugatori).
- Ci possono essere fenomeni di malocclusione. Se la frattura è mandibolare e scomposta con delle dislocazioni della mandibola e del piano occlusale, il paziente ha molto male. Se ci sono delle fratture composte, basta prendere la mandibola tra le dita e fare dei movimenti di torsione sui denti e immediatamente si vede il paziente fare un salto perché sente un dolore lancinante, significativo di una frattura. Queste sono tutte cose che conducono per una strada o per un'altra nell'algoritmo diagnostico. Una volta che si è stabilizzato il paziente, bisogna andare verso una diagnostica strumentale. A meno che non ci sia una frattura vera e propria nella sede di un ematoma esterno che dice che lì c'è una frattura, non si può considerare la frattura come presente.
- Disturbi del visus o della messa a fuoco o della centratura sono conseguenze di fratture del complesso orbito-malare-zigomatico. Queste sono fratture che coinvolgono una o tutte le pareti dell'orbita. Se c'è una frattura del pavimento dell'orbita avviene un'erniazione del tessuto periorbitario e un ematoma del tessuto periorbitario che a sua volta distorce i muscoli retti. Ci può essere una spicola di osso che pizzica o incarcera uno di questi muscoli e il paziente ha diplopia. Quindi se c'è una tumefazione inferiore e il paziente vede doppio, si può immaginare che alla TAC si vedrà una frattura del pavimento.

- Le deformità, cioè le alterazioni estetiche, si vedono quasi sempre ma non sempre. Essendoci edema importante, frattura o ematoma gli scalini conseguenti alla rottura non sono sempre visibili, a meno che non siano zone in cui la pelle è molto sottile.
- Ostruzioni respiratorie. Le fratture devono essere molto importanti per poter dare un'ostruzione respiratoria, a meno che non ci sia una frattura del setto nasale. In questo caso l'arteria sfonopalatina potrebbe dare un sanguinamento posteriore per lacerazione da parte della lamina papiracea (*frase rielaborata, NdR*). Le ostruzioni respiratorie possono essere conseguenti a fratture di mandibola bifocali: il frammento che si stacca collassa all'indietro con la lingua e i muscoli che sono attaccati al frammento; questo ostruisce le vie aeree superiori e il paziente fa fatica a respirare; dev'essere messo in trazione immediatamente perché fa fatica a respirare dato che ha tutto indietro. (*Racconta un caso clinico*) Tempo fa abbiamo visto un paziente che ha ricevuto il gancio di una gru. Questo gli ha distrutto la mandibola ed è andato a piantarsi nel palato strappando via sia quello duro che quello molle. Di conseguenza aveva un sanguinamento molto importante del pavimento del cavo orale, che andava nelle vie aeree superiori; più il sanguinamento del mascellare, che ha le due arterie palatine e l'arteria centrale che danno un sanguinamento importante. In questi casi si possono avere dei grossi sanguinamenti che vanno trattati.
- Le contusioni, invece, sono una cosa comune, non sono sintomo di fratture, ma vanno comunque indagate.
- Simmetria facciale. Bisogna vedere un documento precedente e se più o meno corrisponde si può capire se l'asimmetria era preesistente. Se il documento non è disponibile, comunque bisogna cominciare a sospettare una frattura. Se ci sono danni ai tessuti molli, va fatta la profilassi antitetanica. Se il paziente è vaccinato bisogna averne la certezza che lo sia, se non è cosciente bisogna farla. Se i tessuti molli sono danneggiati sopra il sopracciglio, dove il ramo temporale e frontale del facciale passano sopra l'arcata sopraccigliare, e il sopracciglio è più basso, si capisce che c'è sicuramente un danno al facciale.
- Se il paziente è solamente tumefatto qui (*vedi slide*) e c'è una lacerazione all'interno del cavo orale, probabilmente c'è un'ostruzione del dotto parotideo e non esce più la saliva, quindi avete il conseguente segno e sintomo. Il sistema lacrimale se si ostruisce dà una secchezza dell'occhio, o dà una eccessiva lacrimazione se si infiamma.

La fisionomica

Dall'alto si osservano l'area orbitale e periorbitaria che risultano dalle strutture sottostanti. Questa è una cosa importante che bisogna ricordarsi: tutto quello che si vede al di fuori, è come la manifestazione di una struttura sottostante. Come una tenda da campeggio con i picchetti: quello che si vede fuori è la conseguenza della forma dell'osso e del volume del tessuto molle che c'è appoggiato sopra. Tutto quello che si va a diagnosticare quando si analizza un viso, è il risultato di queste due cose che sono legate all'età, perché i volumi dei tessuti molli sono legati all'età. Chi invecchia ha una atrofizzazione dei tessuti molli che si riassorbono: si riassorbe il grasso e molta acqua.

Molto spesso quando si vede un paziente bisogna analizzarlo. Si analizzano le zone in dettaglio perché, se si guarda tutta la faccia, si può avere solo un'impressione di quello che è il difetto. Se si deve trattare il naso si fa un close-up del naso e degli occhi, per capire quali sono le zone maggiormente influenzate dal difetto.

Un'accurata analisi è la chiave: orbita e periorbita prima e dopo trattamenti post-traumatici o dimorfici hanno caratteristiche completamente diverse a seconda di come sono state posizionate le ossa. Bisogna capire l'anatomia sottostante e soprastante per poter individuare le situazioni più opportune per l'estetica.

Nel mascellare superiore ci sono i pilastri anteriori, i pilastri posteriori, e l'orbita. Tutto quello che avviene quando c'è una frattura, avviene nei punti di minor resistenza. Uno dei punti di minor resistenza è in corrispondenza del nervo infraorbitario; poi si rompe il pavimento dell'orbita, la parete mediale, e la zona sopra la sutura coronale (*termine incerto*). Nelle fratture si possono rompere la LeFort 1 e tutto il settore superiore e lo zigomo. Di solito si combina una frattura che si chiama nel complesso orbito-malare-zigomatica.

Sopra la mandibola c'è il massetere formato da due corpi uniti tra di loro. Sopra scorre molto superficialmente il ramo buccale del nervo facciale che esce dalla parotide e che innerva i muscoli zigomatico maggiore e minore, elevatore dell'ala del naso, trasverso del naso, periorbicolare, mentale, depressore del labbro... Questi muscoli sono quelli coinvolti maggiormente nella fase edematosa della frattura. Il muscolo temporale, fortunatamente, viene raramente coinvolto. Qui l'osso è molto debole ed è facile che ci siano delle problematiche cerebrali, quindi il paziente arriva prima dal neurochirurgo.

I nervi sono questi: il sovraorbitario, il ramo infraorbitario, lo zigomatico, il facciale, ...

Le misure antropometriche del viso guidano nella ricostruzione (*indica con il mouse un po' di misure, colgo solo "l'apertura dell'occhio dev'essere di 10-12mm"*).

Quello che importa è avere un'idea delle fratture facciali, la loro classificazione (sono 7/8), e sapere che ci sono delle misure standard che bisogna seguire per poter ricostruire gli occhi.

Si può fare un'analisi con dei punti di riferimento per poter caratterizzare ogni area della faccia, e misurare direttamente il viso del paziente con delle matite che si cancellano con soluzione fisiologica, per poter riavvicinarsi all'anatomia preesistente.

Gestione delle fratture

I principi della gestione delle fratture cranio-maxillo-facciali:

- La sopravvivenza del paziente.
- Diagnosi precisa dell'anatomia.
- Esporre direttamente la frattura e ridurla con una fissazione rigida interna. Questa viene eseguita con delle placche di titanio di grado 4 o 5 medicale, che hanno una enorme resistenza e uno spessore molto piccolo, inferiore al mm. Quando si passa una mano sulla zona più sottile del viso non si devono percepire le placchette posizionate lì sotto, sia nei paziente che hanno avuto delle malformazioni cranio-facciali, sia in quelli che hanno avuto una frattura.
- Stabilizzare la rottura mandibolare se è bifocale, trifocale, ...
- Ricostruzione dei punti verticali e orizzontali di maggiore resistenza della parte superiore, facendo anche degli innesti ossei dove l'osso è stato deperistato e quindi non è più vitale e necessita di essere ricostruito.
- Sostegno al periostio e ai tessuti molli. Ci possono essere delle zone dell'orbita dove è stato perso l'osso e quindi si inseriscono dei foglietti di un materiale particolare come il polietilene poroso (MEDPOT), oppure inseriamo della dura madre liofilizzata, oppure si mettono dei fili di sospensione da una parte all'altra per poter sostenere i muscoli e il periostio. Normalmente si fa con il MEDPOR o il titanio perchè c'è bisogno di un buon sostegno.

Fratture del seno frontale.

Il seno frontale:

- si sviluppa all'età di 2 anni ed è un'estensione delle cellette etmoidali.
- Radiograficamente diventa evidente a 8 anni, quindi fratture al di sotto di quest'età non sono visibili come fratture isolate di una delle due pareti del seno, ma si vedono direttamente fratture che finiscono sulla dura madre.
- Non raggiunge la sua dimensione effettiva fino a più di 12 anni.
- Nel 10% c'è uno sviluppo unilaterale, nel 4% è assente.
- Drena nel meato medio fino ad arrivare nel naso.
- Normalmente è piccolo, 5 cm³ nell'adulto.
- Ha una parete anteriore molto spessa e una parete posteriore più sottile. Normalmente serve da ammortizzatore: se si prende una testata si spacca la parete anteriore che si introflette e va a finire dentro il seno frontale. Si spera che non fratturi la parete posteriore perché, se questo avviene, bisogna fare un intervento più complicato.

Cranializzazione. Essendo il seno frontale a contatto con il meato medio del naso, se c'è una frattura della parete posteriore tutto quello che è nel naso è a contatto con la dura madre o, se lacerata, con l'encefalo. Quindi si rischia una meningite. Il trattamento di questa frattura si chiama **cranializzazione**: la parete posteriore viene completamente rimossa e chiusa con un lembo di galea pericranio ruotato all'interno. Si apre il cuoio capelluto per chiudere questa frattura e si va ad apporre la galea pericranio tra il naso e l'encefalo per sigillare questa porzione che non deve più essere esposta all'ambiente nasale.

Rapporti. Posteriormente è vicino alla pianta cribriforme, alla dura madre, ai lobi frontali. Inferiormente è a contatto con l'orbita e con il dotto naso frontale. C'è una parte sovraorbitaria, una temporale, la parete anteriore, quella posteriore e il dotto naso frontale. Se c'è una frattura completa che corrisponde anche alla parete posteriore, l'esito è una rinorrea. Può esserci l'anestesia del nervo sovraorbitario, perché è una zona debole: c'è il buco (*il foro sovraorbitario, NdR*), l'osso è un po' più debole e si spacca. C'è un'ecchimosi subcongiuntivale perché il sangue scende attraverso le fasce del muscolo orbicolare che è legato all'orbita, e quindi l'ematoma scende qui (*indica sulla slide*).

Cosa si fa? Ad uno studio radiografico si vedono i livelli aerei, ma l'esame d'elezione per una qualsiasi frattura è la TAC. Può essere una TAC tradizionale in alta o bassa definizione, richiede solamente una scansione di 10-20 secondi e si può vedere tutto il cranio, se è spirale (*credo sia quella tradizionale*). Oppure può essere una TAC a raggio conico che espone il paziente a minori radiazioni, ma è un po' meno precisa. Di solito si richiede una TAC tradizionale per vedere in dettaglio se c'è un coinvolgimento della parete posteriore del seno frontale o delle strutture limitrofe, come la parte dell'orbita dove dovrebbe esserci il nervo ottico che viene coinvolto in caso di frattura diagonale.

Algoritmo di trattamento del seno frontale.

Il trattamento viene fatto attraverso un **lembo coronale**: si fa una incisione da orecchio a orecchio, si porta il cuoio capelluto in avanti e si accede al seno frontale. Perché non si fa un bel taglione in faccia? Perché un taglio in una zona estetica non è una cosa che nessuno vorrebbe avere. Si può fare un taglio orizzontale a chi ha delle rughe, ma siccome in questa zona viene su il nervo facciale, se

viene tagliato il nervo il paziente poi va in giro come un automa. Bisogna andare sotto il periostio (*per fare portare in avanti il cuoio capelluto, NdR*), dove non ci sono arterie e altre strutture. Quando si riposiziona il lembo coronale, rimane solamente una sutura/cicatrice circolare che viene coperta dai capelli. Se il chirurgo è bravo a non coagulare e a non tagliare i bulbi piliferi (*si riesce a far ricrescere i capelli, NdR*): è una questione che si tiene molto in considerazione. Se c'è una lesione anche del dotto naso-frontale, bisogna rimuovere la mucosa perché è sempre colonizzata dai batteri nasali che sono molto aggressivi, soprattutto gli stafilococchi. Di conseguenza bisogna: rimuovere la mucosa, esporre l'osso, fresare in modo che ci sia un sanguinamento che produca un ematoma che a sua volta ossificherà obliterando il seno. Non ci sarà più il seno frontale, la sua funzione di riscaldamento e di filtraggio dell'aria, ma comunque c'è la sopravvivenza e si evita di avere sinusiti ricorrenti. Se c'è una frattura della tavola posteriore, che è a contatto con l'encefalo, si fa una cranializzazione: approccio bicoronale, riparo durale, rimozione della mucosa, obliterazione del dotto naso frontale, lembo di pericranio.

Le complicanze. Anche con l'intervento ci possono essere delle problematiche.

Le complicanze precoci che si possono avere sono:

- le **sinusiti**, se sulla mucosa rimangono gli stafilococchi e tutti gli altri batteri; sono molto poco aerati perché c'è l'edema e quindi hanno un terreno di coltura perfetto per potersi sviluppare.
- Se c'è una frattura posteriore non riconosciuta, ci può essere **meningite** che è una complicanza abbastanza importante, soprattutto se il paziente non è nelle condizioni di poter combattere questo tipo di infezione (es. paziente anziano o che ha patologie concomitanti come il diabete).

Le complicanze tardive possono essere:

- il **mucocele**: iperattività delle ghiandole secretrici del seno frontale che portano alla formazione di una cisti. Il paziente quando cammina o salta sente una simil-cefalea e alla radiografia si vede che c'è un mucocele. Si può togliere per via endoscopica con la FES. Questa è la rimozione endoscopica di lesioni all'interno del setto nasale, dei turbinati, del seno mascellare e del seno frontale; è molto meno invasiva di un intervento diretto.
- Nel **mucopiocele** c'è produzione di pus per la colonizzazione del mucocele dal dotto nasofrontale.
- L'**ascesso cerebrale** è la complicanza più importante. Circa 5 anni fa un paziente andando con la moto d'acqua si è immerso e in corrispondenza della sua linea di percorrenza è arrivato un amico che l'ha centrato completamente nel cranio, poi è rimasto circa 10 minuti nel fiume. Questo ha creato un'infezione della parte che è stata trattata. È stato rimosso il lobo frontale, ma non è stata fatta una accurata ricostruzione anatomica e quando è arrivato qui (*a Borgo Roma*) si è fatta una TAC e aveva più o meno un bicchiere di pus nel cervello. È stato trattato e adesso sta bene (*ndr. Senza il lobo frontale?*).
- L'**ostiomielite** è la necrosi di una parte di osso infettata. Basta trattarla per via antibiotica.

(*cita dei dati sulle complicanze postoperatorie, siamo sul 5-6%*)

Esempio di paziente con frattura centro facciale, e ricostruzione del seno frontale. Questa è l'immagine TAC dopo un anno (*fa una digressione su come leggere la TAC. Alla proiezione assiale devo immaginare di guardare il paziente dai piedi*). Nella parete mediale dell'orbita è stato messo un pezzo di osso perché era stata completamente danneggiata. C'è una frattura anche nella parete laterale dell'orbita, e c'è anche una multi frammentazione delle ossa nasali. C'è una distopia: un

occhio è in una posizione diversa dall'altro. Il canto mediale è lateralizzato. Il paziente necessita di una riapprossimazione di 4-5 mm e la ricostruzione del naso. Cosa si fa per poter avere la maggiore precisione? Una TAC ad alta definizione, si produce una stereolitografia (*termine incerto*), cioè l'esatta ricostruzione della testa senza i tessuti molli e si misura tutto quello che interessa, anche con sistemi virtuali. Si può fare una pianificazione personalizzata di pezzi di osso o di strutture sintetiche che bisogna mettere per ricostruire. Questo è il secondo intervento: il primo è stato salvavita, il secondo ha dato i dettagli.

Fratture nasali.

Le fratture nasali sono particolari perché sono le più frequenti fratture dello sport, risse... necessitano di una certa forza frontale o laterale. Questa è una frattura frontale con diverse dislocazioni delle ossa, del setto e delle strutture cartilaginee. Le aree più deboli sono le strutture cartilaginee: le cartilagini alari, le triangolari; più dure sono le ossa nasali. Il confine tra le due si chiama zona K, dove confluisce anche il setto. Se si stacca il setto il paziente non respira più bene e c'è un difetto estetico orribile. Il processo ascendente del mascellare, cioè il pilastro, fa fatica a rompersi.

(Mostra una slide con le forze necessarie per rompere le ossa nasali).

Le fratture possono essere: della punta, del dente o del dorso nasale, del mascellare superiore e dislocazioni settali isolate che possono distaccare il setto dal piede del setto (la spina nasale inferiore).

La ricostruzione anatomica del naso ha tre funzioni principali:

- respirazione/estetica.
- Gusto. Se una frattura del naso produce un ematoma a livello delle ossa nasali, oblitera la parte cribriiforme dove passano le ciglia sensitive. Può comprometersi la capacità di sentire gli odori e il gusto.
- Organo vomeronasale. Questo è dislocato nel piede del setto nella zona tra il mascellare superiore e il setto nasale. L'organo regola la sensazione dei feromoni, quindi i rapporti sociali.

La diagnosi si fa con sanguinamento e ispezione nasale. Se non sanguina possibilmente si va dentro con uno speculum nasale. Si osservano i tessuti molli, lacerazioni, le strutture ossee, ostruzioni delle vie aeree superiori, fratture del setto nasale ed ematomi. Questi sono molto importanti perché un ematoma settale distacca il pericondrio dalla cartilagine e causa un ascesso che porta al riassorbimento della cartilagine e il crollo di questa zona con un difetto estetico permanente. Bisogna fare un prelievo di cartilagine costale per ricostruire il naso.

Il trattamento può essere immediato o dilazionato-secondario. È immediato se non ci sono patologie multiple. Prima si trattano le cose che mettono a repentaglio la vita del paziente: circolazione, respiro e coscienza; dopo si passa al resto.

Esempio di trattamento immediato di frattura di ossa nasali. Tutto quello che accade si ripercuote sotto il muscolo orbicolare. Questo è il muscolo dove si fa il botox per avere l'occhio più aperto, è anche interessato dalle blefaroplastiche. Due anni dopo l'edema diminuisce. La ricostruzione

funzionale/estetica è ottima, ma per essere meticolosi, una linea sopraccigliare è diversa dall'altra. (*vedi slide*)

TAC di paziente con il setto fratturato nella porzione cartilaginea e multiple fratture frammentate delle ossa nasali. Il problema di queste fratture è che se si va ad aprire il naso per ricostruirlo si deperiostiano, e l'osso deperiostato si riassorbe: crollo del naso e difetto estetico permanente. Quando c'è un difetto di questo tipo è preferibile fare una anestesia locale e una sedazione, raddrizzare il naso e aspettare un anno; poi vedere con una nuova TAC il difetto estetico residuo. In questo caso il profilo del paziente è stato trattato ripristinandone la rettilineità. La cicatrice è ancora fresca perchè è rossa e si vede bene, questa lesione può essere trattata con delle metodiche particolari per farla diminuire. Nella TAC a distanza la multipla frammentazione persiste, ma è stata ricostruita l'anatomia.

Fratture orbitarie.

Le orbite sono fatte da 7 ossa: l'osso frontale, il mascellare, lo zigomo, l'etmoide, il lacrimale, le grandi e piccole ali dello sfenoide e il palatino.

Quando c'è una frattura orbitaria, se coinvolge il pavimento, ci sono parestesie perché lì passa una branca del nervo trigemino e il suo ramo infraorbitario (*frase rielaborata*). Ci sono delle misure per sapere dove passa il nervo ottico, dove passa il nervo infraorbitario...

Nell'occhio ci sono dei muscoli che consentono la mobilità del bulbo oculare. Ci sono poi delle strutture nervose e vascolari che devono essere conservate.

La parete inferiore è la più vulnerabile, perché è molto sottile. Qui passa il canale infraorbitario e dà la curvatura del pavimento. Le fratture possono essere blow-out pure, se c'è solo il pavimento che si rompe, o impure se sono associate ad altre fratture della rima orbitaria. Nella frattura blow-out si rompe il pavimento dell'orbita ed ernia del tessuto all'interno del pavimento. Questo, all'inizio, può non produrre nulla o al massimo un po' di diplopia, ma appena si forma un po' di ematoma, comincia a cicatrizzare e blocca il movimento del bulbo. Il paziente quindi in qualche punto vede doppio perché un occhio si muove e l'altro è bloccato.

I sintomi sono: la diplopia, l'enoftalmo, il dislocamento della fessura palpebrale, l'anestesia dell'infraorbitario e l'enfisema orbitale. (*Questo è dovuto alla presenza di*) bollicine d'aria all'interno dell'occhio visibili alla TAC che possono anche far venir fuori l'occhio. Quando il paziente si soffia il naso manda dell'aria nel seno mascellare che va nell'orbita e viene fuori l'occhio. Con una pinzetta si può pinzare, quando il paziente è incosciente, la congiuntiva, e si vede che l'occhio non si muove verso l'alto. Questo vale tanto di più quanto più tempo è passato. Esempio di un paziente che è venuto dopo 5 giorni. Si è formata la fibrosi e l'occhio non si muove. In questo caso c'è molto più sanguinamento perché bisogna allargare questa zona che è stata conglobata da tessuto di granulazione, quindi c'è una neo-vascularizzazione che sta cominciando. C'è enoftalmo, necrosi del tessuto adiposo all'interno dell'orbita, intrappolamento dei muscoli dentro la frattura, cicatrizzazione dei tessuti molli.

Se non c'è diplopia ed enoftalmo non ci saranno fratture importanti, se c'è diplopia ma non enoftalmo c'è solo una incarcerazione, se non c'è diplopia ma c'è enoftalmo c'è discrepanza di volume, se ci sono tutte e due c'è sia incarcerazione che discrepanza di volume.

Trattamento. Il taglio si fa o sulla parte pretarsale, così dopo tre mesi è assolutamente invisibile, o sulla parte subtarsale, o sulla parte subciliare, se c'è già un taglio.

Le indicazioni all'operazione sono: diplopia (*ne dice altre, ma non riesco a capire*).

Tutto quello che è sintetico può essere infettato quindi bisogna fare una attenta riflessione e mettere una cosa che non si infetta, tipo il MEDPOR.

Le complicanze possono essere:

- Infezioni.
- Diplopia persistente.
- Enoftalmo persistente se non si sono calcolati bene i volumi.
- Ectropion: retrazione verso il basso della palpebra.
- Cecità, se c'è una frattura in prossimità del canale ottico che non è stata riconosciuta oppure si è arrivati in ritardo. Se non si è valutata attentamente l'emostasi durante l'intervento si forma un'ematoma retrobulbare che porta ad una compressione del nervo ottico che, non essendo rivestito da guaine, va incontro a morte irrecuperabile anche con alte dosi di cortisone.
- Sindrome della fessura orbitaria superiore quindi oftalmoplegie e danni del terzo quarto sesto (*nervo cranico*)...(registrazione disturbata NdR)
- sindrome dell'apice dell'orbita

Questo è un paziente che ha una frattura di questo genere: la congiuntiva è infarcita da sangue e c'è un ematoma inferiore.

Lezione di Odontostomatologia del 9/4/2014 (1)

Sbobinatore: Miatello Chiara. Revisore: Bonizzato Francesca.

Argomento: TRAUMI FACCIALI (seconda parte).

Professore: .

Lezione di Chirurgia Maxillo-facciale, 09-04-2014

Sbobinatore: Chiara Miatello

Revisore: Francesca Bonizzato

Professori: Nocini e Bertossi

TRAUMI FACCIALI

(Il prof. Bertossi riprende la lezione precedente circa i Traumi Facciali, ndr)

Trattiamo la traumatologia diretta alla zona più centrale del viso parlando delle fratture naso-etmoide-orbitarie.

FRATTURE NASO-ETMOIDE-ORBITARIE

(Il professore mostra uno schema che illustra la zona del “terzo medio” che è maggiormente interessata dalle fratture naso-etmoide-orbitarie): si considerano tutte le fratture che coinvolgono il settore nasale e la parte dell'etmoide all'interno e le strutture etmoidali, che sono rappresentate dalla parete mediale dell'orbita e in parte dal setto nasale.

Anatomia:

-Spazio interorbitale:

- due labirinti etmoidali

- turbinati superiore e medio (che sono i cornetti ossei coperti da mucosa, strutture che riscaldano l'area quando respiriamo)

- piatto etmoidale (che è la porzione ossea del setto nasale, mentre l'altra porzione è quella cartilaginea in posizione più anteriore e che può essere coinvolta da questo tipo di fratture)

-Parete mediale dell'orbita, che caratteristicamente è costituita da quattro pareti, con un proprio diametro e una conformazione anteriormente completata dal osso lacrimale della lamina papiracea, posteriormente dal corpo dello sfenoide).

Dal punto di vista anatomico lo spazio interorbitario può essere dislocato posteriormente in questo tipo di fratture e quindi le strutture del canto mediale e l'apparato lacrimale posizionato in questa sede vengono coinvolti e lesionati.

Si può estendere anche al piatto cribiforme e alla fossa cranica anteriore, perciò si possono avere disturbi sensoriali che sono caratterizzati da anosmia (riduzione della sensibilità olfattiva) e ovviamente anche riduzione della sensibilità gustativa. Si può citare anche l'interessamento del forame ottico e questo caso è più complesso: si possono avere fratture che possono dislocare frammentini di osso della parete mediale verso il forame ottico, da cui deriverà una sintomatologia di riduzione del visus o un'assenza completa del visus. Poi vengono fatti degli accertamenti oculistici specifici per accertare la perdita del visus, oltre agli esami di routine per la Chirurgia maxillo-facciale (TAC, risonanza magnetica), per decidere se il tempo che impieghiamo a fare la diagnosi e a portare il paziente alla cura deve essere dilazionato e abbiamo una tempistica che ci consente di trattare il paziente in un secondo momento e aspettare che si (*gonfi? audio disturbato, Ndr*), oppure se dobbiamo immediatamente intervenire per rimuovere gli ematomi intraorbitari e che compromettono, tramite compressione, il nervo ottico anche se esso non è danneggiato direttamente.

Spesso possiamo avere fratture associate dell'orbita e del medio facciale: normalmente la frattura che si verifica per un urto anteriore coinvolge tutta la parte del terzo medio e frequentemente anche delle altre ossa facciali (la mandibola o l'osso frontale, con un coinvolgimento neurochirurgico).

(Il professore riprende concetti affrontati nella lezione precedente, NdR)

Ci sono delle caratteristiche per ogni tipo di frattura: c'è ematoma mediale se la frattura è delle ossa nasali proprie o del seno frontale; l'ematoma si porta più in basso, perché ovviamente il legamento sospensore del muscolo orbicolare fa scorrere questa raccolta ematica nella parte più bassa (qui si ha un ematoma più in basso rispetto al pavimento dell'orbita).

Quindi, per ogni settore della faccia abbiamo sintomi che si manifestano con determinate caratteristiche e che guidano nell'anamnesi clinica e di conseguenza strumentale, senza dover sottoporre il paziente a ulteriori accertamenti.

Prima di iniziare un atto clinico in questi pazienti, bisogna verificare il respiro e la circolazione nel contesto del Basic Life Support in un'emergenza (BLS). Quindi è necessario dare ordine di precedenza a seconda delle criticità che si riscontrano nel paziente di PS.

Una volta stabilizzato il paziente, va ricercata la presenza di:

-naso piatto (il naso rientra in seguito a trauma anteriore, e quindi naso-etmoide-orbitarie)

-edema della zona cantale mediale

-telecanto nel 12-20% casi (il canto mediale si è dislocato per la conseguenza di una frattura naso-etmoide-orbitaria e viene spostato lateralmente, quindi c'è un aumento della distanza tra i due canti mediale)

-se tastiamo lo scheletro nasale è possibile sentire un crepitio (se presente dell'aria e le ossa frammentate si muovono), mentre non è simile riferirlo se è presente un edema importante (ma guardando il viso del paziente si noteranno degli ematomi posizionati nei punti già citati e quindi si può capire dove risiede la frattura ossea).

-CSF leak

-test della trazione della palpebra positiva: c'è assolutamente una riduzione della motilità per la dislocazione di tutti i settori anatomici in cui sono inseriti i muscoli.

(Il professore ricorda che la volta precedente abbiamo fatto un'analisi anatomica della faccia e in dettaglio le misure: ad esempio quale è la distanza intercantale media (nei maschi di 33-34 mm, nelle donne 32-33 mm), se aumenta oltre i 35 mm si considera una misura anormale che fa pensare ad un distacco del tendine del canto mediale).

Relativamente alla gravità delle varie fratture utilizziamo delle classificazioni.

Classificazione di Markowitz:

-tipo I, singolo frammento centrale fratturato (che può essere una delle ossa prima nominate, cioè la lamina papiracea dell'etmoide o la parte posteriore dell'ala dello sfenoide)

(segue illustrazione dell'immagine di frattura nella slide: pilastro ascendente dell'osso mascellare, osso lacrimale, parete mediale dell'orbita)

-tipo II, fratture comminute dell'osso del segmento centrale (sono sempre le stesse ossa, però multi-frammentate e per cui è più facile che l'inserzione del canto mediale possa essere dislocata centralmente o lateralmente, cambiando le misure prima citate)

-tipo III, e tendine cantale mediale che è avulso, ovvero che si è dislocato per una frattura delle ossa del centro.

(Interviene Nocini) Il problema maggiore è sicuramente poter ricostruire il viso in modo tridimensionale.

La tragedia si verifica con la rottura del canto non assestante, bensì la rottura del canto con sottesa pluri-frammentazione dello stesso (però per la chirurgia è sempre necessario un punto di ancoraggio). *(Il professore utilizza la metafora delle sabbie mobili per indicare la difficoltà nella ricostruzione chirurgica in questo tipo di frattura, NdR)*

È importante ricordare al paziente di non soffiarsi il naso, deve possibilmente respirare con la bocca: infatti se respira dal naso, si gonfia e si possono sentire dei rumori 'simil-scoppietti' per la presenza di aria. *(Il professore utilizza la metafora delle plastiche per imballaggio, NdR)*

È molto difficile trovare un paziente pluriframmentato con distacco cantale, perciò l'immagine è dell'occhio rotondo: l'occhio ha sempre una sagoma più o meno marcata a fessura, che viene a mancare in seguito a distacco del legamento *(credo che il professore si riferisse al legamento cantale mediale, NdR)*. Oppure l'occhio sporge in avanti perché, staccandosi il legamento, la pressione dà la possibilità all'occhio di muoversi.

(Seguono immagini relative, NdR)

Altro segno di semeiotica che potremmo avere è la faccia piatta, completamente (la definiscono 'dish face').

(Il professore sottolinea il concetto che la ricostruzione chirurgica della frattura naso-etmoide-orbitaria deve mirare a ricostruire la tridimensionalità del viso e che sono necessari punti fissi di ancoraggio per l'innesto interventistico, NdR)

(Bertossi:)

Classificazione Gruss:

-tipo 1, lesione isolata della regione naso-orbitali

-tipo 2, fratture associate a fratture del maxillo centrale

-tipo 3, fratture associate a LeFort 2 (*Nocini*: riguarda il naso e risparmia l'orbita) e 3 (*Nocini*: distacco facciale basso che colpisce il naso, segue lungo il pavimento dell'orbita e fuoriesce dalla parte laterale della parete dell'orbita)

-tipo 4, fratture naso-orbitali con distopia orbitale

-tipo 5, fratture naso-orbitali con perdita d'osso

(Il professor Nocini racconta un caso e l'intervento: si trattava di uno meningioma che partiva dal processo sfeno-palatale e arrivava all'orbita con la base cranica anteriore; un volta rimossa l'orbita si raggiunge la fossa pterigo-mascellare, e quindi l'arteria mascellare interna e la media interna. Utilizzo della tecnica V2. N.d.r.)

(Bertossi)

Gli obiettivi sono primariamente di evitare, in base alla circolazione del viso, emorragie importanti. Successivamente gli obiettivi esterni sono correggere le variazioni della posizione del canto, ristabilire il contorno osseo (quindi ricostruendo funzione ed estetica), ristabilire la continuità del sistema lacrimale (quando possibile), e infine fare la cantoplastica.

(Nocini)

Per ricostruire il sistema lacrimale si utilizza una cannuletta di plastica, la si infila nel dotto lacrimale, la si fa uscire dal naso e la si tiene in posizione per 15-20 giorni.

Possibile errore dell'intervento chirurgico ricostruttivo della frattura: se il paziente lacrima, significa che il canalino è occluso e con una forma di suzione del sistema idrico dell'occhio. Si verifica un lagoftalmo, con occhio maggiormente imbibito di lacrime, e se persiste dopo 24-36 ore dall'intervento è necessario inserire una microcanula per drenare (verrà lasciata 15-20 giorni, o talvolta anche di più, e successivamente sfilata dopo la formazione di un neocanalicolo fibroso che serve per scaricare). L'eccesso di lacrime scarica nel naso.

(Il professor Nocini racconta del caso di una ragazza con un angioma di dimensioni importanti; il rischio della rimozione del muscolo retto è rappresentato dall'insorgenza di strabismo convergente, che dovrà poi essere corretto con la suturazione del muscolo laterale per portare l'occhio in visione diretta, anche se ciò comporta l'immobilità dell'occhio. NdR).

(Il professor Nocini racconta del caso di un uomo che dopo resezione della lingua, svuotamento sui cinque livelli, motilità conservata del viso: presentava un ematoma extramurale sul collo a livello sottomandibolare.)

Gli ematomi del collo che non sono produttivi, non si infettano perché non c'è contatto con l'esterno.

Si infettano se è presente una ferita o una lesione che lo metta in comunicazione con l'esterno: può succedere se c'è una fistola o un enfisema (contatto con l'aria), ad esempio facendo una tracheotomia o per rottura post-traumatica della trachea, caso in cui si sentono crepitii all'auscultazione e quindi si deve riaprire la trachea e intervenire subito.

La criticità di questi drammi risiede nella sagittalità e nella funzione respiratoria, nonché del sistema oculare che deve essere efficace nel movimento dell'occhio e nella capacità di umettarlo bene.

Trauma per colpo frontale: il pavimento sottile dell'orbita si affossa e il tessuto adiposo retrorbitario scende, molto spesso si abbassa anche il muscolo retto inferiore che si pizzica e quindi rischia di venire lesionato. Si può valutare il paziente facendolo seguire con gli occhi un oggetto verso l'alto: ad un certo punto l'occhio con adesione non riuscirà più a seguire l'oggetto. Deve essere operato il prima possibile (entro 20 giorni-1 mese) perché c'è un danno d'organo e rischio di diplopia.

Utilizzo del cortisone in caso di edema da concussione.

(Bertossi)

Per intervenire chirurgicamente su queste fratture, ci sono diversi punti di accesso:

-incisione coronale (accesso tramite incisione del cuoio capelluto). Se si tenta di ricostruire una frattura facciale che coinvolge un'ampia zona, è importante tenere presente la posizione dei nervi: il nervo facciale ha prevalentemente tre branche, una delle quali passa sopra lo zigomo, e innerva il muscolo frontale.

(Nocini interviene indicando possibili punti di ancoraggio sulla fronte per poter innestare gli impianti ricostruttivi: sottolinea che devono essere punti fissi del maxillo facciale, non punti mobili es. mandibola. Altrimenti gli impianti non si saldano e continuano a sanguinare e dolere. NdR).

-'open sky'

-linea centrale verticale del naso

-subciliare

-solco buccale

-estese lacerazioni esistenti

(Nocini ricorda che il paziente deve essere sempre rispettato. Quindi sollecita Bertossi a scorrere le slide per mostrare le immagini).

Esposizione della sclera ('scleral show'): frattura orbitare più dislocata su lato sinistro (*nell'esempio della slide, N.d.r.*).

(Segue la TAC dello stesso caso: Bertossi spiega i punti indicati dalle frecce rosse, audio a tratti disturbato. N.d.r.)

Viene mostrata TAC in sezione coronale:

-distacco della cornice orbitare, a livello della parete mediale dell'orbita che è poi stata dislocata nella parte mediale

-dislocazione parziale del canto mediale

-muscolo retto mediale coinvolto anch'esso

-parte anteriore del mascellare

(Nocini)

é molto difficile ricostruire il contorno dell'occhio: se si restringe il cono orbitario, l'occhio tende a sporgere (come in alcune malattie del metabolismo, come il morbo di Basedow, per cui è necessario il coinvolgimento dell'endocrinologo). Il chirurgo opererà delle incisioni, ottenendo un effetto simile a quello delle fatture, perchè si dilati il tessuto adiposo, dato che il problema è dato da un aumento del contenuto di grasso retrorbitario che spinge in avanti l'occhio.

Quindi ad una terapia medica (*clinico-farmacologica, n.d.r.*), deve essere associata una terapia chirurgica.

(Bertossi riprende la spiegazione del caso dando indicazioni dell'intervento chirurgico e indicando i punti dell'immagine, NdR)

Il pilastro posteriore (*parte non chiara, NdR*) va costruito pian piano, partendo dall'alto, con l'accesso bicoronale: si va sotto il canto mediale, ricordando il punto in prossimità in cui si trova il nervo facciale; il margine ordinario nella parte laterale viene ricostruito sulle sue zone fratturate: l'arco zigomatico e la zona nella quale c'è il processo coronoideo, l'uscita del muscolo temporale sul quale viene operata un'incisione per passare sotto la fascia temporale propria (*che ci dà la garanzia di passare sotto il nervo ?, NdR*).

(Nocini)

Bisogna ricordare al paziente di non fare uso di botulino.

Come è possibile capire se c'è una frattura? (*Alcuni studenti provano a rispondere, ma l'audio è disturbato. N.d.r.*)

Se viene compromessa la coronoide, il paziente riferisce di avere difficoltà ad aprire la bocca (riferiscono di sentire 'come se ci fosse qualcosa che sfrega contro qualche osso'): se il chirurgo non interviene c'è il rischio che l'ematoma si organizzi e dia anchilosi (perdita di funzione).

(Bertossi)

Gli accessi sono:

-infraordinario

-subciliare

-vasi coronoidi (?, *NdR*)

Vengono usate delle placche per ricostruire la struttura.

(Interviene Nocini circa la procedura chirurgica, ma l'audio è disturbato perché sta abbassando le persiane. N.d.r.)

... Perché altrimenti si lesiona il nervo e il paziente riferisce di non sentire la sensibilità dell'arco, del naso, del labbro e dice di sentire 'i denti grossi' (perché hanno perso la sensibilità). Allora bisogna chiedersi se ci sia stato un trauma con conseguente shock neurogeno: inizia un processo ischemico del nervo e i 'denti diventano più grossi', o sembra che si tocchino prima.

(Nocini indica i punti in cui un pugile colpisce per provocare dolore e stabilire l'avversario: l'uscita del nervo per procurare grande dolore, il naso per farlo sanguinare. N.d.r.)

(Bertossi riprende le immagini degli interventi dei pazienti considerati prima. Nocini lo interrompe più volte. N.d.r.)

è importante considerare la posizione dei pomelli zigomatici.

FRATTURE ZIGOMATICHE

Anatomia:

Lo zigomo presenta una struttura piramidale, che conferisce la tridimensionalità del viso, (*Nocini*) e quindi in un intervento chirurgico di maxillo-facciale è necessario tener presente questa forma triangolare del viso (non come quella delle persone asiatiche, con facce piatte e allargate). Una femmina deve avere lo zigomo più largo e l'arco mandibolare stretto.

È un punto molto importante per dare la sagittalità al viso. Ciò viene tenuto sempre in considerazione anche in interventi di estetica e per la conoscenza dei punti in cui intervenire per far apparire il giovane volto (zigomi, pieghe nasogeniene).

Le rughe mimiche sono l'espressione della perdita di acqua ed elasticità nei tessuti del viso.

(Bertossi continua con la spiegazione dell'anatomia dello zigomo e delle inserzioni dei muscoli)

Sapere quali muscoli ci sono all'inserzione sull'osso zigomatico è importante per la diagnostica clinica:

- con frattura dello zigomo il paziente ha dolore a masticare perché c'è il massetere
- dolore se va a urtare il processo coronoideo perché vi è inserito il muscolo temporale
- muscoli zigomatici maggiore e minore nella parte più anteriore
- parte zigomatica del quadrato del labbro superiore

Esame fisico: si presenta un paziente con una frattura zigomatica, si può vedere una problematica associata alla frattura del bordo orbitario:

- ecchimosi circumorbitale (nella parte bassa dell'orbita),
- eventuale emorragia subcongiuntivale (come avete visto nell'esempio precedente),
- sensazione anormale dell'innervazione infraorbitaria con eventuale diplopia, l'incremento della larghezza facciale,
- parte del malare depresso (come abbiamo visto ci sono degli 'scalini' che sono palpabili se non è presente edema importante),
- epistassi da un lato,
- ematoma del solco bucale anteriore,
- trisma, se il muscolo massetere è coinvolto.

(Il professore continua l'illustrazione delle slide e delle immagini anatomiche delle fratture, NdR)

Se si rompe il processo nasale interno, o se questa parte si frammenta in molti pezzi, a livello dell'inserzione del muscolo massetere sulla mandibola, il processo coronoideo va a sbattere e la mandibola ha difficoltà a muoversi. Di conseguenza c'è la necessità di operare.

Si può osservare questo tipo di frattura associata, se il processo zigomatico viene a essere compromesso e si rompe proprio nel punto in cui c'è il passaggio del nervo infraorbitario (corrisponde all'asse verticale dalla pupilla di solito). Con gradi diversi, è possibile avere anche una dislocazione del canto laterale e quindi è necessario intervenire con la ricostruzione per punti successivi dello scheletro osseo che si è rotto, anche passando all'interno del cavo orale.

(*Discorso confuso, NdR*) Oramai è obbligatorio per i pazienti fare un esame radiologico completo per vedere le sezioni coronali, sia dal punto di vista medico legale sia la vostra pianificazione chirurgica (soprattutto se il trauma è complesso).

(*Audio disturbato, Bertossi e Nocini si riferiscono alle immagini degli interventi, NdR*)

Se è solamente una pura dislocazione dello zigomo e se non è pluriframmentata (o se ci sono due frammenti che sono quasi composti), a volte è possibile eseguire un accesso intraorale che garantisce il fatto di non dovere...(*Nocini interrompe:*) è stato descritto come un 'uncino di gillies' con cui tirare su il ponte zigomatico. La seconda possibilità è quella di inserire un uncino e sollevare la depressione causata dal frattura. Sono sicuramente delle manovre a cielo aperto, che un chirurgo può eseguire solo dopo anni di esperienza.

Un altro tipo di intervento consiste nell'inserire da dentro un dito per risollevare il ponte zigomatico fratturato, o quanto meno valutare che non ci siano dei piccoli frammenti ossei); quindi si toglie il dito, si apre la bocca e si controlla che non ci siano impedimenti all'apertura. Si tratta della manovra meno cruenta.

Altrimenti si utilizza una spatola ripiegata (*non si capisce bene il nome, NdR*), ma questa non dà l'impressione reale della forza che si imprime: il rischio è quello che la frattura venga ipercorretta, quindi ipercorrezione dello zigomo, che può essere corretta banalmente con una piccola sedazione e riposizionamento manuale.

(*Bertossi riprende spiegando un caso pertinente alla spiegazione: si tratta di una persona con frattura zigomatica; in genere si dovrebbe passare con 3 dita in verticale in bocca (ampiezza di 3-4 cm). Mostra la TAC e il punto di rottura. Nocini interrompe spiegando l'immagine di un caso successivo sempre relativo alla ricostruzione di fratture zigomatiche e con la stessa procedura delle precedenti. N.d.r.*)

(*Riprende Bertossi*)

Bisogna stare attenti a dove ci sono delle ombre, perché sono indicative di punti di frattura.

In questo caso:

- pavimento dell'orbita intatto, il nervo passa all'interno del pavimento,
- incisione infraorale, in cui c'è una frattura della parte anteriore del mascellare
- incisione subciliare, lo zigomo è stato tirato su (non c'è più l'ombra che si vedeva prima),

e si vedrà un ematoma suborbicolare.

(*Vengono mostrati veri esempi, in cui possiamo vedere le placche che hanno ricostruito lo zigomo ed eventualmente il fallimento dell'orbita, immagine con frecce nere, Nocini interviene varie volte per ripetere la procedura e dire che in parte hanno adottato tecniche simili a quelle dei chirurghi plastici.*)

(Segue una carrellata di slide in cui vengono sommariamente descritte le immagini dei casi del tutto simili ai precedenti: le frasi sono confuse e spesso complete per l'alternanza di battute tra Nocini e Bertossi. NdR)

(Immagine frontale con sfasamento dell'asse zigomatico, non più passante per il centro dell'occhio, NdR)

FRATTURE DEL MAXILLO

-LeFort 1, distacco cranio-facciale inferiore

-LeFort 2, distacco cranio-facciale medio

-LeFort 3, distacco cranio-facciale alto.

Le proiezioni richiedono il mantenimento di una verticalità del paziente sempre partendo dall'alto e la ricostruzione dei volumi del volto.

Ci sono i punti di attacco per la ricostruzione già nominati prima: pilastri zigomatici, processo ascendente del mascellare, osso frontale...

Le complicanze non le consideriamo, perché possono essere presenti anche dall'inizio.

Queste complicanze possono sembrare impressionanti, ma una volta completata la costruzione si riesce a riportare il viso ad un aspetto normale (quindi è necessario avere delle foto di riferimento, per esempio della patente, o di profilo, per cercare di ripristinare l'aspetto originario del paziente).

(Discorso confuso, audio a tratti disturbato e Nocini continua a interrompere).

Nocini conclude ricordando l'importanza di fare delle foto all'entrata del paziente e dopo l'intervento, anche a scopo legale per difendersi da eventuali denunce: racconta la propria esperienza con il paziente-stalker che è arrivato persino alle intimidazioni fisiche e tentativi di omicidio. NdR).

Sbobinatore: Parolini Sara. Revisore: Butturini Caterina.

Argomento: Carcinoma del cavo orale, Danno da bifosfonati, Malformazione arteriovenosa e Vari interventi ricostruttivi.

Professore: .

Lezione di chirurgia maxillo-facciale 16/04/2014 Prof. Nocini

Argomento: Carcinoma del cavo orale, Danno da bifosfonati, Malformazione arteriovenosa e Vari interventi ricostruttivi.

Sbobinatore: Parolini Sara

Revisore: Caterina Butturini

NdR: Una buona parte della lezione è costituita dagli estri e dalle battute del professore: chiaramente, è stato spesso necessario rielaborare il discorso al fine di ottenere una sbobina un po' meno caotica.

Il prof inizia accennando delle possibili domande dell'esame:

- *Quanti sono i denti decidui?*
- *Quali sono le lesioni radiotrasparenti?*
- *Classificazioni delle cisti*
- *Localizzazioni del tumore del cavo orale*
- *Quante metastasi ha un carcinoma in situ?*
- *Cos'è una scoliosi del naso? (Una deviazione del setto)*
- *Cos'è una lingua a carta geografica?*
- *Dopo quanto tempo si fa una biopsia? (Dopo 15 giorni, se la lesione non scompare)*

Dice inoltre che secondo lui uno studente deve avere delle basi generali, ma che all'esame non scenderà troppo nello specifico perché secondo lui non ha senso. Esiste una specialistica di cinque anni in chirurgia maxillo-facciale per approfondire i singoli dettagli.

CARCINOMA DEL CAVO ORALE

Perché si fa sempre un controllo dell'esofago nel carcinoma del cavo orale? Perché l'esofago ha le stesse cellule del pavimento del cavo orale, perciò spesso si può trovare un'altra neoplasia proprio a livello esofageo.

Una volta, negli anni '50, era una malattia dei poveri: erano grandi bevitori e grandi fumatori per ignoranza e disperazione. Dato che l'abitudine al fumo e all'alcol stanno tornando tra i giovani, nei prossimi 20-30 anni (cioè quando quelli che iniziano a fumare ora avranno 50 anni) si avrà un ritorno sempre più importante di queste neoplasie, così come c'è un ritorno di alcune malattie infettive (TBC, sifilide, etc). Le malattie si ripetono ciclicamente.

*Il prof legge una tabella di varie **neoplasie maligne delle vie aeree**: carcinoma squamoso (95%), vari tipi di linfomi, adenocarcinomi, sarcomi, melanomi e metastasi di vari carcinomi che talvolta colpiscono il cavo orale (del rene, della mammella, della prostata)*

*Immagine di un'**ulcera neoplastica**: la si può distinguere perché, dopo aver tolto il dente, non si forma la cicatrice, ma l'ulcera permane nel tempo (dopo più di 13 gg si deve biopsiare). Anche palpando la neoplasia, si sente un "bugnone", una cosa dura, che dà l'idea di infiltrarsi nei tessuti molli.*

Una volta si diceva che i denti rotti o le protesi mal fatte portavano al cancro. Non è vero. È vero invece che chi non ha soldi non può farsi curare i denti, che beve e fuma molto e che qualsiasi cosa che crei un attrito rompe l'equilibrio della mucosa cheratinizzata. Rompendo questo equilibrio, si può avere la neoplasia.

E pensate che questa neoplasia, che è simile al carcinoma che ha una persona con i denti perfetti, è molto più curabile. Inoltre i fattori esogeni che causano questa neoplasia agendo a livello del DNA sono noti da tempo. Purtroppo quello che si sa è anche che questi sono dei pazienti che andranno sempre male perché il cancro non si sa ancora come si comporta.

Mostra immagini di: un carcinoma (non ci si può sbagliare!), lesioni e ulcerazioni del cavo orale dovute a carcinoma allo stadio T4(che crea grosse demolizioni).

DANNI da BIFOSFONATI

I bifosfonati di per sé non creano questi problemi (*si riferisce alla figura*), ma in pazienti con infezioni del cavo orale agevolano la partenza di una necrosi. Se a livello odontoiatrico il paziente viene curato bene, bonificato, vengono tolti i denti infetti, viene ripulito bene, a guarigione avvenuta si può sicuramente ripartire con i farmaci. Oggi ne esistono con meccanismi meno aggressivi, meno "infettanti", utilizzabili anche in pazienti che non possono essere curati. L'errore lo fanno i medici quando somministrano i bifosfonati senza prima mandare il paziente dall'odontoiatra per una visita.

INCIDENZA del carcinoma del cavo orale

6% nei paesi occidentali. 30% nei paesi orientali. Perché? Perché sono denutriti, mangiano poco e non hanno una quantità di vitamine adeguate.

Per quanto riguarda l'incidenza italiana: a causa dell'alcol e per colpa delle bevande calde (e della polenta) non siamo messi troppo bene. L'alcol e il transito di cibo molto caldo infatti provocano l'alterazione dell'equilibrio del cavo orale e dell'epitelio dell'esofago, predisponendo allo sviluppo di neoplasia.

Quindi fattori importanti sono FUMO, ALCOL, E DIETA POCO SVILUPPATA (ricordando che chi beve non mangia, si nutre del bere, va in scempenso generalizzato).

Il fumo in particolare è correlato al **carcinoma della lingua**, soprattutto il reverse smoke (=fumare la sigaretta al contrario per non far vedere la luce; usato dai militari)

TASSO di SOPRAVVIVENZA: v tabella

-Se è in situ: siamo salvi

-Se il carcinoma è localizzato: 21% (*non si sente bene il numero*)

-Se vi è una metastasi 5%, perché diventa una malattia sistemica. Solo a questo punto e non prima, entrano in gioco i radioterapisti e la chemioterapia. **Prima la cura è solo la chirurgia.** Se entrassero in gioco prima ci bruceremmo le munizioni. [Caso a parte è il carcinoma del rinofaringe, per cui la chirurgia non è curativa. Viene fatta solo per la biopsia, ma la cura è chemio e radioterapia.]

Diagnosi e intervento chirurgico terapeutico precoce aiutano la prognosi e la sopravvivenza.

NOTE DI TERAPIA DEL CARCINOMA SQUAMOSO DEL CAVO ORALE

CHIRURGIA: La resezione deve essere AMPIA, 1 cm di tessuto sano su ogni lato. È importante lasciare questo margine per la sopravvivenza, però sono interventi molto demolitivi. Una volta si facevano solo chemio e radio, in quanto non c'erano le tecniche microchirurgiche necessarie per poi fare una ricostruzione decorosa tale da dare al paziente la possibilità di uscire di casa. Oggi invece si può.

RADIOTERAPIA: quando nel collo troviamo 3 linfonodi metastatici. Però se io trovo anche solo 1 linfonodo metastatico, ma con la capsula rotta, faccio fare la radioterapia lo stesso. Le linee guida non lo ritengono necessario perché solo un 5% può continuare la malattia. Però il mio paziente potrebbe essere parte di quel 5%, quindi non mi fido e la faccio fare. Anche le nuove linee guida stanno cambiando in questo senso.

Cita la dottoressa Citran che firma la slide ed è una grande esperta dei tumori della testa-collo

CHEMIOTERAPIA: molte volte è palliativa perché quando si arriva a questo punto il paziente è già in uno stadio molto avanzato della malattia, quasi irrecuperabile.

Mostra foto di visi ricostruiti in passato: questi sono gli obiettivi che si avevano negli **anni '75-'90**, la ricostruzione estetica non è eccellente, perché in quel periodo l'obiettivo era rimanere **vivi**. Uno di quei pazienti- il primo- operato con lembo microchirurgico a New York, è andato dal Prof per cercare un risultato estetico migliore, ma non c'è stato niente da fare.

Mostra dei modelli 3D e delle foto di una ricostruzione moderna, fatta da lui, che definisce perfetta. Le parti, operata e sana, sono sovrapponibili.

Mostra foto di un paziente (con evidente lesione all'occhio dx NdR) che si è sottoposto alle cure DIBELLA: ha speso tutto il suo denaro e in più è deceduto. Consiglio del Prof: i soldi se siete bravi li farete e avrete una profonda autostima di voi stesse, ma non ingannate i pazienti. È onorevole, dove non ci arrivate, chiedere consiglio. Dimostra estrema intelligenza e grande, grande rispettabilità. Non si possono mettere famiglie sul lastrico, vendendo prodotti che non funzionano e ridurre i pazienti in queste condizioni.

METODOLOGIE RICOSTRUTTIVE ORO-MAXILLO FACCIALI

-protesi otturatorie

-lembi peduncolati

-innesti ossei non vascolarizzati

-lembi vascolarizzati

-distrazione osteogenetica: quando si fa un'amputazione, si applica un distrattore (inventato da Ilizarov, un ortopedico russo, per allungare le gambe e poi qui a Verona a perfezionarlo vi fu il Prof. De Bastiani per gli acondroplasi). La mia idea insieme al Prof. ?? è stata quella di costruire un distrattore miniaturizzato per poter allungare parti della mandibola e del cranio. Tutti i soldi che ho ricavato dal mio brevetto sono stati devoluti alla ricerca contro il cancro e non li ho mai incassati.

Mostra un'altra serie di foto: La prima è una pz che ho perso all'inizio della mia carriera (1982) e per cui non ho potuto fare niente; il secondo è quello del caso Dibella; il terzo è un caso disperato dove la deformazione è tale da essere impossibile qualsiasi intervento migliorativo.

CONTROINDICAZIONI

Relative: Età, diabete, TABAGISMO

Absolute: aterosclerosi, ipercoagulabilità, coagulopatie

MALFORMAZIONE ARTERIO-VENOSA.

Mostra immagine del volto ed RX di ragazza di 27 anni con una malformazione arterio-venosa che colpisce tutto l'occhio. Su consiglio dell'oculista non si è recata da nessuno specialista e dal 2009 non si è fatta più visitare. Ora la situazione è talmente grave che dovrò intervenire col neurochirurgo e la ragazza probabilmente perderà l'occhio o comunque la sua funzione, in quanto il muscolo retto laterale è già imbibito dalla malformazione, e dovrò tagliarlo. Nella figura centrale si vede la proiezione più fonda. Cosa penso di fare? Una terapia prima medica per vedere se l'angioma risponde e poi una terapia chirurgica. Probabilmente però continuerà a crescere quindi la scelta migliore sarà il compromesso di perdere l'occhio.

MOSTRA ALTRE IMMAGINI

- **Recidiva di un meningioma:** immagini delle fasi chirurgiche, le scorre velocemente.
- In **interventi su palatoschisi** su bambini o interventi **sul cuoio capelluto** non si fa un taglio netto verticale, ma dei tagli a zeta perché così questi si mimetizzano di più rispetto a un taglio netto.
- La rottura della carotide durante l'intervento determina poi un segno di lato. (??)
- **Accesso di Shah modificato:** mantiene le ciglia affinché, se il paziente sopravvive, possa mantenere la funzionalità completa dell'occhio.
- *Commenta le fasi di un intervento ricostruttivo in cui vengono usate parti dell'addome di un paziente per la ricostruzione.* Sull'addome vengono disegnate le varie parti che verranno usate e vengono identificate con delle lettere A,B,C. *Nell'immagine successiva, si vede dove queste parti sono state usate nella ricostruzione.* La B servita per fargli la "benda da pirata".
- **Lembo posteriore:** quando si fanno queste cose bisogna controllare tutta "l'idraulica", facendo attenzione a sua altezza imperiale (la carotide) e alla principessa (la giugulare).
- **Tecnica del lembo folded:** tecnica che ha permesso a questo paziente di non mettere la PEG, ma di continuare a parlare e a nutrirsi. Prelevando un lembo dall'avambraccio ho ricostruito il palato molle (*vedi disegno+immagini*). Ho preso il lembo dall'avambraccio ripiegato, due vene e un'arteria. Tutto suturato a livello della colonna cervicale. Ho messo due tubi di plastica da tenere circa un mese, che servissero per la respirazione del naso. Il lembo ha attecchito senza problemi. La tecnica ha funzionato e 8-9 anni dopo il paziente sta ancora bene.
- **Resezione della mandibola**
- **Resezione della guancia**
- **Carcinoma del labbro:** Non può scapparvi!!

- **Lembo di Karapandzic**: foto di un signore con grossa lesione al labbro. Il limite di questa tecnica chirurgica è la microstomia dovuta all'asportazione del tessuto (*vedi figura del pz quando apre la bocca*)

- **Lembo Libero**: signora che si è sottoposta a una specie di radioterapia per una peluria al volto. I peli sono spariti, ma le è venuto il cancro. Deceduta. *Vedi immagini delle fasi chirurgiche*. Le è stato svuotato il collo bilateralmente perché la lesione era centrale, ed è stato fatto un lembo libero di muscolo GRACILE, ricostruendo il labbro. Poi però il cancro ha avuto una potente ripresa, in ogni zona dove era stata trattata con la terapia contro la peluria, e la paziente è morta.

- **Carcinoma del pavimento orale e ricostruzione con parti di avambraccio**. Da notare che la lingua SI MUOVE! Qual è il nervo che innerva la lingua? Qual è quello sensitivo? LINGUALE e quale quello motorio? IPOGLOSSO.

- *Il prof parla di due Professori che hanno inventato tecniche importanti di ricostruzione: Futran e Brown: Brown ha inventato il **prelievo microchirurgico della cresta iliaca**. Seguono foto del prelievo della cresta iliaca che poi viene modellata a mandibola. Su un'immagine il Prof fa notare un suo errore chirurgico. Per abbattere i tempi di recupero ha messo già due impianti per il posizionamento dei denti. Errore! Perché prima bisogna considerare come sono i linfonodi e bisogna tenere presente che il pz potrebbe necessitare di radioterapia e..... (incomprensibile)*

- Altri carcinomi e ricostruzioni: si vede il **muscolo retto addominale**, usato nella ricostruzione, che si sta mimetizzando nel cavo orale. Si vedono immagini del prima e del dopo.

[Foto del Prof con Schmeilzeisen uno dei più importanti chirurghi cranio-facciali della Germania.]

- Ricostruzione con la **scapola**, pelle, muscolo, ricostruzione completa della **lingua**.

[Foto del dottor Cordero, il plastico di New York, microchirurgo ricostruttivo.]

- Resezione della neoplasia, qui è nato il **Microdistrattore**: osteotomia rimanente dopo 5 anni dalla neoplasia; allungamento della parte dell'osso come nel femore; ecografia fatta anni fa (98, 2002, 2008) per vedere quanto cresceva il callo osseo e se c'era vascolarizzazione. Una volta formatosi il callo, si stacca il distrattore, si vede l'immagine del pz prima, e dopo con i suoi nuovi denti.

- **Resezione e ricostruzione della lingua**: mostra un video di un ragazzo giovane che parla fluentemente e ha una funzione deglutitoria perfetta dopo l'intervento. Mostra un altro paziente che ha subito lo stesso intervento. Anche lui parla bene, ma la funzione deglutitoria non è perfetta. Riesce comunque ad alimentarsi e non ha necessità della PEG. La lingua è stata ricostruita con i muscoli dell'avambraccio.

- **Maxillectomia inferiore bilaterale**: ragazza che è stata curata da un dentista con antibiotico. Mi raccomando: per l'antibiotico si fa il **Test di vitalità**-> se il dente risponde c'è cancro; se i denti non rispondono è perché sono morti per l'ascesso. In questo caso si trattava cancro. Mostra le immagini della ricostruzione commentando che ha demolito completamente il naso, usato il lembo microchirurgico per la ricostruzione. Il naso è stato ricostruito con una costa. Il risultato estetico e funzionale è soddisfacente.

